



วารสาร กองการพยาบาล Journal of Nursing Division

ปีที่ 52 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568 Vol 52 No.3 September-December 2025

ISSN 3088-1706 (online)

วารสารกองการพยาบาล

Journal of Nursing Division

ปีที่ 52 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568 Vol. 52 No.3 September-December 2025 ISSN 3088-1706

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้และนวัตกรรมทางการพยาบาล
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรทางการพยาบาล ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากรทางการพยาบาลและผู้ที่สนใจหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล

ชื่อวารสาร ภาษาไทย

: วารสารกองการพยาบาล

ภาษาอังกฤษ

: Journal of Nursing Division

ขอบเขต

วารสารกองการพยาบาลจะตีพิมพ์บทความที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลการผดุงครรภ์การสาธารณสุขหรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ดังนี้

1. บทความวิจัยทุกประเภท ทั้งจากส่วนบริการ ส่วนการศึกษา และส่วนสนับสนุน
2. บทความวิชาการได้แก่ บทความด้านการศึกษา การบริหาร และบริการพยาบาล (ผลงานการพัฒนาคุณภาพนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีทางการพยาบาล)
3. ข่าวสาร สารความรู้ ที่มาจากองค์กรพยาบาล องค์กรสาธารณสุข และองค์กรที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม –เมษายน พฤษภาคม –สิงหาคม และ กันยายน –ธันวาคม

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารกองการพยาบาล ถือว่าเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง อย่างไรก็ตามกองการพยาบาล และกองบรรณาธิการมีสิทธิที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้อง ตามหลักภาษา และความเหมาะสมได้

เจ้าของ

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
อาคาร 4 ชั้น 4 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2590-6294 โทรสาร 0-2590-6295
Website: <https://www.don.go.th/>
อีเมล: ndjournal@gmail.com

Copyright

Nursing Division, Office of Permanent Secretary
Building 4, 4th Floor Department of Medical Services,
Ministry of Public Health โทรศัพท์ 0-2590-6294
Tiwanon Rd, Muang District, Nonthaburi 11000
Website: <https://www.don.go.th/>
Tel. 0-2590-6294 Fax 0-2590-6295
E-mail: ndjournal@gmail.com

กองบรรณาธิการ วารสารกองการพยาบาล

(EDITORIAL BOARD Journal of Nursing Division)

คณะที่ปรึกษา Advisory Board

- | | | | | |
|------------------|------------|-----------|----------------|--------------|
| 1. ดร.ธีรพร | สทธิธังกูร | Teeraporn | Sathira-angura | กองการพยาบาล |
| 2. อาจารย์ศิริมา | ลีลวงค์ | Sirima | Leelawong | สภาการพยาบาล |

บรรณาธิการ Editor

- | | | | |
|----------------------|----------------|-------------------------|--------------|
| 1. อาจารย์อัมราภัสร์ | อรรธชัยวัฒน์ | Amarapas Atthachaiwat | กองการพยาบาล |
| 2. ดร.กนกพร | แจ่มสมบุญ | Dr.Kanogporn Jamsomboon | กองการพยาบาล |
| 3. ดร.ศศมน | ศรีสุทธีศักดิ์ | Dr.Sasamon Srisuthisak | กองการพยาบาล |
| 4. นายวชิรา | โพธิ์ใส | Vachira Posai | กองการพยาบาล |

กองบรรณาธิการ Editorial Board

- | | | |
|--|----------------|---------------------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี | อัศดรวิเศษ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| (Professor Dr. Usavadee Asdornwised) | | |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ | พุททาพิทักษ์ผล | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช |
| (Associate Professor Dr. Somjai Puttapitukpol) | | |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.ภูษิตา | อินทรประสงศ์ | สถาบันบรมราชชนก |
| (Associate Professor Dr. Bhusita Intaraprasong) | | |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา | กรีทอง | มหาวิทยาลัยนวมินทราชราช |
| (Assistant Professor Dr. Phuangphaka Krethong) | | |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลรัตน์ | เทอร์เนอร์ | สถาบันบรมราชชนก |
| (Assistant Professor Dr. Kamolrat Turner) | | |
| 6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดนุลดา | จามจุรี | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร |
| (Assistant Professor Dr. Danulada Jamjuree) | | |
| 7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร | โฟน โบร์แมนน์ | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| (Assistant Professor Dr. Suparpit (Maneesakorn) von Bormann) | | |

ผู้ช่วยบรรณาธิการ Assistant Editor

- | | | | |
|------------------|---------|------------------|--------------|
| 1. นางวิภา | ตุนาค | Wipa Tunak | กองการพยาบาล |
| 2. นางสาวศุภิสรา | พลครุฑ | Supisara polkrut | กองการพยาบาล |
| 3. นางสาวสุพิชชา | อุดมไชย | Supicha Udomchai | กองการพยาบาล |

เจ้าหน้าที่บริหารจัดการ Management Staff

- | | | |
|-------------------|------------|--------------|
| 1. นายนิชฌาน | เทือกปัญญา | กองการพยาบาล |
| 2. นางกนกอร | บุญมาก | กองการพยาบาล |
| 3. นางจาวรรณ | จันทา | กองการพยาบาล |
| 4. นายภูวนาด | บ่อมเมือง | กองการพยาบาล |
| 5. นางสาวรสรินทร์ | บุญเหลี่ยม | กองการพยาบาล |

วารสารกองการพยาบาล (Journal of Nursing Division)
รายนามผู้พิจารณากลับกรองบทความวิจัย (Peer review)

1. ศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี อัครวิเศษ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ศาสตราจารย์ ดร. จงกลณี เรืองอัมพร โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
3. รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
4. รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
5. รองศาสตราจารย์ ดร.ภูษิตา อินทรประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก
6. รองศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
7. รองศาสตราจารย์ ดร.เวหา เกษมสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา กรีทอง มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ สถาบันพระบรมราชชนก
10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา สถาบันพระบรมราชชนก
11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบร์แมนน์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดนุตา จามจุรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรัชย์ มณีเนตร มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชวภณ สารข้าวคำ มหาวิทยาลัยมหิดล
15. ดร.กฤษดา แสงดี สภาการพยาบาล
16. นางศิริมา ลีละวงศ์ สภาการพยาบาล
17. ดร.นวรรตน์ สุทธิพงศ์ สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์
18. ดร.ชลียา วามะลุน โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
19. ดร.จิราภรณ์ ศรีไชย ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
20. ดร.ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล มหาวิทยาลัยมหิดล
21. นางสาวโคกิชฐ์ สุวรรณเกษาวงษ์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
22. ดร. สุรีย์พร กุมภะคาม นักวิชาการอิสระ
23. นางสาวสมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ นักวิชาการอิสระ
24. ดร.ศศมน ศรีสุทธิศักดิ์ นักวิชาการอิสระ
25. ดร.ธีรพร สติธังกูร กองการพยาบาล
26. ดร.อรรธยา อมรพรหมภักดี กองการพยาบาล

วารสารกองการพยาบาล (Journal of Nursing Division)
รายนามผู้พิจารณากลับกรองบทความวิจัย (Peer review)

(ต่อ)

27. ดร.กนกพร	แจ่มสมบุญ	กองการพยาบาล
28. ดร.พัชรี	กัลย์จอมพงษ์	กองการพยาบาล
29. นางอัมราภัสร์	อรรถชัยวัฒน์	กองการพยาบาล
30. นางสาวอุไรพร	จันทะอุมเม้า	กองการพยาบาล
31. นางสาวขวัญนา	ขวัญสถาพรกุล	กองการพยาบาล
32. ร.ต.อ.หญิง ยุรีพรรณ	วณิชโยบล	กองการพยาบาล
33. นางนันทรัตน์	ศรีวิรางกูร	กองการพยาบาล
34. นายวชิรา	โพธิ์ไธ	กองการพยาบาล
35. นายภราดร	ยิ่งยวด	กองการพยาบาล

สารบัญ		Content
บรรณาธิการแถลง		Chief Editorial
บทความวิจัย		
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตตำบลพุดซา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา	1	The Quality of Life of the Elderly in Phutsa Subdistrict, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province
อุบลรัตน์ นุชใหม่ อุกฤษฏ์ ปลั่งกลาง		Ubonrat Nuchmai Aukrit Plangklang
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ชุมชนเมือง จังหวัดนครราชสีมา	13	Predictive Factors of Health-Promoting Behaviors among Monks in Urban Communities, Nakhon Ratchasima Province
ประทุม กงมหา หฤทัย กงมหา จงกลณี ตู่ยเจริญ		Pratoom Kongmaha Haruthai Kongmaha Jongkolnee Tuicharoen
ผลการใช้รูปแบบการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย โดย ประยุกต์ใช้สมรรถนะแห่งตนผ่านเว็บแอปพลิเคชันของ ผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดปทุมธานี	26	Effects of a Sarcopenia Prevention Model Applying Self-Efficacy via Web Application among Community-Dwelling Older Adults in Pathum Thani Province
ยุภา โผผา วัชรภรณ์ วงศ์สกุลกาญจน์, ทัศพร ชูศักดิ์ พรรณี บัญชรหัตถกิจ		Yupa Phopa Watcharaporn Wongsakoonkan Thassaporn Chusak Pannee Banchonhattakit
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: ปัจจัยที่ส่งผลต่อ จำนวนบุตรที่ต้องการในสตรีวัยเจริญพันธุ์	41	Determinants of Desired Number of Children Among Women of Reproductive Age: A Systematic Review
ศิริมา เขมะเพชร ไสเพ็ญ ชุนวล		Sirima Khemapech Sopen Chunuan
ผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะการเยี่ยมบ้านมารดาและ ทารกหลังคลอดต่อความรู้และทักษะการปฏิบัติของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย	56	The Effects of a home visit skill promotion program for postpartum mothers and infants on the knowledge and practical skills of village health volunteers in Chiang Khong District, Chiang Rai Province
ฐิตาพร กันทะเนตร ดลหทัย จตุรคเชนทร์เดชา วารุณี อุดมพล		Thitaporn Kantanate Warunee Udompon Donhathai Jaturakhachendecha

สารบัญ		Content
บทความวิจัย (ต่อ)		
การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลพระสงฆ์ที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในโรงพยาบาลสงฆ์ พรเพ็ญ แจ่มกระจาย พจน์มัลย์ สังข์เสนาะ ระพี จะปัญญา	66	Development of Nursing care Model for Monks with Diabetic Retinopathy in The Priest Hospital Pornpen Jamkrajay Potmalai Sangsanor Rapee Japunya
การพัฒนาารูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลักตามเกณฑ์คะแนนทำนายในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด นิภา แสงกิตติไพบูลย์ บุศรินทร์ เเผด็จทุกซ์ อนงค์ สง่าเนตร ภัทรมน โพธิ์วีเชียร	79	Development of care model for the risk group of aspiration pneumonia based on a predictive scoring system in advanced head and neck cancer patients undergoing concurrent chemoradiotherapy Nipa Sangkittipaiboon Busarin Pardettook Anong Sanganate Pattaramon Powichean
ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติทางระบบประสาท ประไพ บุญยเจริญเลิศ สมใจ เนวชื่น ภูริพงษ์ เจริญแพทย์ ปัทมา วิมานจันทร์	93	Effect of Nursing practice guideline On Neuroimmunology patients Prapai Booncharoenlerd Somjai Navachuen Phuriphong Charoenphaet Pattama Wimanchan
การพัฒนาารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลปทุมธานี ชญาสุภา ปิ่นงาม วลัยนารี พรมลา	108	Development of a Palliative Care Model for End-Stage Cancer Patients in Pathum Thani Hospital Chayasupha Pinngam Walainaree Pommala
ผลของโปรแกรมให้ความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง วารี วณิชปัญจพล กัลยา เตชะเสถียร ผาสุก มั่นคง	120	Effect of an educational program on illness perception and emergency management of stroke symptoms among individuals with stroke risk factors Waree Wanichpunchaphlon Kullaya Techasathian Phasuk Mankhong
ประสบการณ์การพัฒนานวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต: การวิจัยผสมผสาน อัญชนา จุลศิริ สุวรรณิ แสงอาทิตย์ กมลพรรณ วัฒนาก	135	Innovative experiences of nursing students: Mixed methods research Anchana Julsiri Suwannee Sangartit Kamonpun Wattanakorn

สารบัญ		Content
บทความวิจัย (ต่อ)		
การพัฒนาแบบสนับสนุนการจัดการตนเองในพระสงฆ์ อาพาธสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสงฆ์ นงลักษณ์ จิรประภาพงศ์ กัญญา สีนานอก วิวัฒน์ เหล่าชัย	150	Development of a Self-Management Support Model for Elderly Buddhist Monks with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Priest Hospital Nongluck Jiraprapapong Kungana seenanok Wiwat Laochai
ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะมวลกล้ามเนื้อ น้อยในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี ลักขณา ขอบเสียง จตุพร จันทะพุกษ์ สำเริง เทียนทอง สาดิ แฮมิลตัน วิไลลักษณ์ ตียาพันธ์ พรธิรา บุญฉวี	165	Prevalence and factors related to Sarcopenia in elderly individuals living in rural areas of Ubon Ratchathani province Lakhana Chopsiang Jatuporn Janthapuek Sadee Hamilton Samrej Tienthong Wilailak Teeyapan Pornkira Boonchawee
การพัฒนาแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์แห่งชาติ สุพรรณิการ์ แวอาราม เวหา เกษมสุข เสาวรส มีกุล พัชรินทร์ สรไชยเมธา ศรีสุดา เจียรรัตน์ ฉานิยา เทพนม ปนัดดา ภักดีวีรรพ	179	The Rehabilitation Nursing Model Development for Stroke Patients at Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute Suphannikar Waewaram Weha Kasemsuk Saovaros Meekusol Patcharin Sorachaimetha Srisuda Chiarat Chaniya Theppanom Panutda Phakdeewiwat
บทความวิชาการ		
ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน กระทรวงสาธารณสุข ภราดร ยิ่งยวด อุไรพร จันทะอุมเมา ขวัญนา ขวัญสถาพรกุล	194	Community nursing indicators; Ministry of Public Health Paradorn Yingyoud Uraiporn Janta-um-mou Khwannapha Khwansatapornkoon

บรรณาธิการแถลง

วารสารกองการพยาบาลฉบับนี้เป็นฉบับที่ 3 ของปีพุทธศักราช 2568 อันเป็นปีที่ 52 ของวารสาร ซึ่งได้รับความสนใจจากสมาชิก นำบทความวิชาการและบทความวิจัย ส่งเข้ามาตีพิมพ์อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งทีมงานกองบรรณาธิการ ได้ช่วยกันดำเนินการด้วยความละเอียดรอบคอบ และทุ่มเท เป็นอย่างมากติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่องเช่นกัน จึงหวังว่า สมาชิกทุกท่านจะติดตามและส่งผลงาน เข้ามาในฉบับต่อไปอย่างต่อเนื่อง

วารสารกองการพยาบาลมีการปรับปรุงคุณภาพมาอย่างต่อเนื่อง เป็นวารสารที่เผยแพร่แบบออนไลน์ (Electronic journal) เพียงอย่างเดียว เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้อ่านได้อย่างกว้างขวาง และเป็นวารสารที่ดีพิมพ์บทความวิจัย และ บทความวิชาการทันทีที่บทความแต่ละเรื่องดำเนินการตามกระบวนการและขั้นตอนของวารสารเรียบร้อย (Real time) โดยไม่จำเป็นต้องรอรวบรวมเล่ม และได้ปรับปรุงเนื้อหาให้มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิชาการและการวิจัยจากภายนอกเป็นผู้ประเมินบทความ (Peer review) ที่มีความหลากหลายทางด้านวิชาการ และเป็นการตรวจสอบและคัดสรรบทความวิชาการและงานวิจัยที่มีคุณภาพมีมาตรฐานเหมาะสมต่อการเผยแพร่

บรรณาธิการขอเชิญชวนนักวิชาการ สหวิชาชีพ พยาบาลประจำการ พยาบาลเฉพาะทาง พยาบาลผู้เชี่ยวชาญชั้นสูง และบุคคลหรือองค์กรอื่นๆ ที่ให้การดูแลผู้ป่วย ประชาชนทั่วไปและชุมชน ส่งงานวิจัย นวัตกรรม และบทความวิชาการต่างๆ โดยไม่ต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร ทั้งนี้กองการพยาบาลต้องการให้วารสารนี้เป็นสื่อและแหล่งความรู้ ให้กับมวลสมาชิกและผู้อ่านทุกท่าน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความรู้ที่ทันสมัยในด้านวิชาการและการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน โดยเนื้อหาสาระของวารสารฉบับนี้มีบทความที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ทางด้านวิชาการและงานวิจัย ผู้อ่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานและสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดเป็นงานวิจัยต่อไปได้

ขอขอบคุณสมาชิกและท่านผู้อ่านที่เป็นทั้งพยาบาลและเพื่อนร่วมวิชาชีพสหสาขาต่างๆ ที่สนใจในการส่งบทความวิชาการและงานวิจัยลงเผยแพร่ในวารสารกองการพยาบาล และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านผู้อ่านทุกท่านจะสนใจเนื้อหา และส่งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการมาเผยแพร่กันอย่างต่อเนื่องต่อไป

ในโอกาสส่งท้ายปีเก่า 2568 และต้อนรับปีใหม่ 2569 ขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัย และสิ่งที่ท่านเคารพบูชา อำนวยพร ให้ทุกท่าน ทั้งผู้พิมพ์ ผู้อ่าน และทีมงานวารสารกองการพยาบาลทุกท่าน มีความสุข ความเจริญ พบเจอแต่สิ่งที่ดี มีประโยชน์ทั้งด้านชีวิตส่วนตัวและการทำงาน เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้นไป

ดร.กนกพร แจ่มสมบุญ

บรรณาธิการ

ธันวาคม 2568

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตตำบลพุดซา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

อุบลรัตน์ นุชใหม่* พย.บ.

อุกฤษฏ์ ปลั่งกลาง** พย.ม. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

(รับ: 18 กรกฎาคม 2568, แก้ไข: 23 สิงหาคม 2568, ตอรับ: 7 กันยายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนพุดซา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และ (2) เปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ อายุ อาชีพ และสถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนพุดซา 289 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF ซึ่งครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ สุขภาพกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้วยสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.30 รองลงมา คือ ระดับดี ร้อยละ 14.90 และระดับไม่ดี ร้อยละ 3.80 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean 27.04, SD 4.12) ขณะที่ด้านสังคมมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean 8.92, SD 1.77) โดยมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระดับไม่ดีขึ้นถึง ร้อยละ 22.10 ด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุและอาชีพของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันในคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยกลุ่มอายุ 60-69 ปี และผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีคุณภาพชีวิตในระดับดีสูงที่สุด (ร้อยละ 20.60 และ 27.80 ตามลำดับ) เพศและสถานภาพสมรสไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ ควรส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ สนับสนุนอาชีพที่เหมาะสมและพัฒนาสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพและศักดิ์ศรี

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ ชุมชนพุดซา

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุดซา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา Corresponding author; Email : aukritbangearn@gmail.com

The Quality of Life of the Elderly in Phutsa Subdistrict, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province

Ubonrat Nuchmai* B.N.S.

Aukrit Plangklang** M.N.S.(Adult and Older Adult Nursing)

(Received: July 18, 2025, Revised: August 23, 2025, Accepted: September 7, 2025)

Abstract

This descriptive study aimed to (1) examine the quality of life among the elderly in Phutsa Subdistrict, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province, and (2) compare the differences in quality of life of the elderly classified by gender, age, occupation, and marital status. The sample consisted of 289 elderly living in Phutsa community, selected by simple random sampling. Data were collected using the WHOQOL -BREF questionnaire, which comprised of 4 aspects: physical health, psychological well-being, social relationships, and environment. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and analyzed the differences of quality of life using the chi-square test.

The results showed that the majority of the elderly had a moderate level of overall quality of life (81.30%), followed by a good level (14.90%) and a poor level (3.80%). Among the four aspects, the environmental aspect had the highest mean score (Mean 27.04, SD 4.12), while the social relationships had the lowest mean score (Mean 8.92, SD 1.77) with 22.10% of the elderly had a poor quality of life. In terms of personal factors, age and occupation of the elderly revealed statistically significant differences in quality of life ($p < .05$). The age group of 60–69 years and those who worked in agriculture had the highest quality of life (20.60% and 27.80%, respectively). Gender and marital status did not differ significantly. The study suggests that promoting social activities for the elderly, supporting appropriate occupations for older adults, and improving community environments could enhance better quality of life and dignity among the aging population.

Keywords: quality of life, older adults, Phutsa community

* Registered Nurse (Professional Level), Phutsa Subdistrict Health Promoting Hospital, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office.

** Registered Nurse (Professional Level), Nursing Research and Development Unit, Division of Nursing Services, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital.

Corresponding author Email: aukritbangearn@gmail.com

บทนำ

ในช่วงระยะเวลา 3 - 4 ทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งนับเป็นปรากฏการณ์สำคัญทางประชากรศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่ออย่างลึกซึ้งต่อระบบสังคม เศรษฐกิจ และบริการสาธารณสุขของประเทศ ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 - 2544 เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด¹ และคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์" (Aged Society) ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติ² โดยมีประชากรสูงอายุเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วของประเทศไทยมีสาเหตุหลักมาจากการลดลงของอัตราการเกิดอย่างต่อเนื่องและอายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยได้รับอิทธิพลจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ ระบบสาธารณสุขที่เข้าถึงประชาชนมากขึ้น และการตระหนักในด้านสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน ส่งผลให้คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น โดยเฉลี่ยมากกว่า 75 ปี³ แม้จะเป็นสิ่งที่แสดงถึงการพัฒนาทางสังคม แต่การมีประชากรสูงอายุจำนวนมากในสังคมก็นำมาซึ่งความท้าทายด้านนโยบาย เช่น การจัดบริการสุขภาพ การดูแลระยะยาว การประกันรายได้ และการจัดสวัสดิการที่เหมาะสม

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเปราะบางจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุมักมีแนวโน้มเกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว และอาจต้องพึ่งพาผู้อื่น ในกิจวัตรประจำวัน ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุบางรายอาจรู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเองจากการเกษียณอายุหรือการหมดบทบาททางสังคม อีกทั้งยัง

เผชิญกับความเศร้า ความวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้าจากการสูญเสียคู่ชีวิตหรือคนใกล้ชิด⁴ ด้านสังคมมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัวจากขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวในปัจจุบัน ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องใช้ชีวิตลำพัง มีความเสี่ยงที่จะถูกทอดทิ้ง ขาดการดูแล หรือขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ปัจจัยทั้งหมดนี้เชื่อมโยงถึงกันและส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม

ตำบลพุดซา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เป็นพื้นที่ชุมชนกึ่งเมืองที่กำลังเผชิญกับปัญหาเชิงโครงสร้างประชากรเช่นเดียวกับภาพรวมของประเทศ ข้อมูลประชากรจากเทศบาลตำบลพุดซา ณ เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ระบุว่า มีผู้สูงอายุจำนวนมากถึง 1,826 คน หรือคิดเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับตำบล อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนข้อมูล พบว่า ยังไม่เคยมีการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่นี้อย่างเป็นระบบ แม้จะมีการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพจากระบบการให้บริการปกติ แต่ข้อมูลดังกล่าวอยู่ในระดับภาพรวม ไม่สามารถแยกวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มหรือสะท้อนบริบทเฉพาะของชุมชนได้อย่างแท้จริง ส่งผลให้การวางแผนและกำหนดนโยบายด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในตำบลพุดซายังขาดความชัดเจนและไม่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มเป้าหมาย

ดังนั้น เพื่อตอบสนองต่อบริบทของสังคมไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อีกทั้งงานวิจัยในอดีตไม่สามารถเติมเต็มองค์ความรู้ได้เพียงพอในบริบทของผู้สูงอายุชุมชนตำบลพุดซา ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลพุดซา โดยใช้แบบสอบถาม WHOQOL-BREF (ฉบับภาษาไทย) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก มีความน่าเชื่อถือและถูกใช้ในหลาย

วารสารกองการพยาบาล

ประเทศทั่วโลก แบบสอบถามดังกล่าว วัดคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย (Physical) จิตใจ (Psychological) ความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) และสิ่งแวดล้อม (Environment) โดยยึดตามแนวคิดที่ว่า “คุณภาพชีวิต” เป็นการรับรู้ที่มีลักษณะเฉพาะบุคคลและสัมพันธ์กับบริบททางวัฒนธรรมและสังคม⁵

ผลการศึกษาที่ได้จะช่วยสะท้อนระดับคุณภาพชีวิตที่แท้จริงของผู้สูงอายุในตำบลพุดซา และสามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการกำหนดแนวทางพัฒนา แก้ไขปัญหา และจัดทำนโยบายสาธารณสุขและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

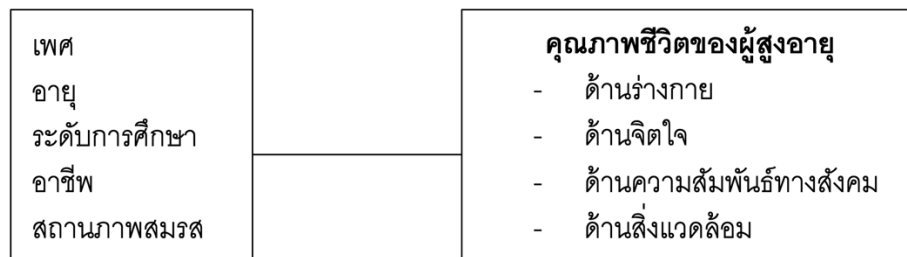
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนพุดซา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

2) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนพุดซา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตาม เพศ อายุ และสถานภาพการสมรส

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิดตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยจากการศึกษาค้นคว้าได้ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ตัวแปร คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มี 4 ด้าน ประกอบด้วย 1. ด้านร่างกาย 2. ด้านจิตใจ 3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4. ด้านสิ่งแวดล้อม โดยกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษารายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) นี้ มีระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ เดือน มิถุนายน ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในชุมชนพุดซา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
2. กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชนอย่างน้อย 1 ปี สามารถเดินได้ด้วยตนเอง สามารถฟังและเข้าใจภาษาไทย รวมถึงสื่อสาร

ปีที่ 52 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2568

ได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ได้แก่ มีภาวะสมองเสื่อม และไม่สามารถสื่อสาร หรือพูดด้วยภาษาไทยได้

3. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยกำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนประชากรในแต่ละชั้น (Proportionate Stratified Random Sampling) ตามหมู่บ้านในตำบลพุดซา 18 หมู่บ้าน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นตัวแทนของประชากรอย่างเหมาะสม

4. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์ อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) กำหนด ค่าพารามิเตอร์ ขนาดอิทธิพล (Effect Size) ค่า ความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 (Alpha) และค่า อำนาจการทดสอบ (Power) ทั้งนี้ ขนาดอิทธิพล (Effect Size) ที่ใช้ได้มาจากการศึกษา เรื่อง “ปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนตำบล บางโพน้อย อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี⁶” ซึ่ง พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์กับ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยมีขนาด อิทธิพล เท่ากับ 0.164 ผู้วิจัยได้นำขนาดอิทธิพล ดังกล่าว พร้อมกับกำหนดค่า Alpha เท่ากับ 0.05 และ ค่า Power เท่ากับ 0.80 มาคำนวณหาขนาดกลุ่ม ตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power สถิติที่ใช้ในการ ทดสอบเป็น Correlation: Bivariate Normal Model สำหรับการทดสอบแบบทางเดียว (One-tailed Test) ผลการคำนวณ พบว่า ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ 289 ราย

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลใน การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงจากแนวคิดทาง ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถาม มี 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 4 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และสถานภาพ สมรส

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลชี้วัดคุณภาพ ชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)⁷ 26 ข้อ ครอบคลุมการ สำนวนประสบการณ์ หรือความรู้สึกของผู้สูงอายุ ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยใช้มาตราส่วนประมาณ ค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก

และมากที่สุด เพื่อประเมินเหตุการณ์หรือสภาวะ ความรู้สึกตามความเป็นจริงและเหมาะสมกับบริบท ของผู้ตอบ ข้อที่มีความหมายเชิงบวก 23 ข้อ และข้อที่ มีความหมายเชิงลบ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 9 และ 11 สำหรับข้อคำถามเชิงลบ ตอบ "ไม่เลย" ได้ 5 คะแนน "เล็กน้อย" 4 คะแนน "ปานกลาง" 3 คะแนน "มาก" 2 คะแนน และ "มากที่สุด" 1 คะแนน ขณะที่ข้อคำถาม เชิงบวก ตอบ "ไม่เลย" ได้ 1 คะแนน "เล็กน้อย" 2 คะแนน "ปานกลาง" 3 คะแนน "มาก" 4 คะแนน และ "มากที่สุด" 5 คะแนน คะแนนทั้งหมดมีตั้งแต่ 24 ถึง 120 คะแนน ซึ่งแปลผลได้ว่า คะแนน 24-55 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตไม่ดี คะแนน 56-88 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และคะแนน 89-120 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดย แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง 30 ราย เพื่อ ประเมินความเหมาะสมของเครื่องมือ จากนั้นทำการ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยคำนวณหา ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า เท่ากับ 0.98

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา เลขที่ KHE 2024-058 ลงวันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ ของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด โดยชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิใน การปฏิเสธเข้าร่วมโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิที่พึงมี และการเก็บรักษาข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับ โดยไม่มี

วาระการพิจารณา

การระบุชื่อหรือข้อมูลเฉพาะตัวของกลุ่มตัวอย่างใน รายงานผลการวิจัย และนำเสนอเฉพาะในลักษณะ ภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1) ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด และสร้างเครื่องมือที่ใช้ใน งานวิจัย พร้อมดำเนินการขออนุมัติการทำวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

2) ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตตำบลพุดซา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อแนะนำตัวและชี้แจง รายละเอียดถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการ วิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือใน การเก็บรวบรวมข้อมูล

3) ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากพยาบาลใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตตำบลพุดซา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เป็นผู้สอบถามความ สนใจของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมโครงการวิจัย หากผู้สูงอายุสนใจ ผู้วิจัยคัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เป็นกลุ่มตัวอย่าง และเชิญเข้า ร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ

4) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย ตนเองโดยแนะนำตนเอง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับ ผู้สูงอายุ จากนั้นชี้แจงโครงการวิจัย อธิบาย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนการ เก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม และ ลงนามใน หนังสือยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งดำเนินการเก็บ รวบรวมข้อมูล ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตตำบลพุดซา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ใช้ระยะเวลาประมาณ 10 – 15 นาที (กรณีที่กลุ่ม ตัวอย่างมีปัญหาเรื่องสายตา หรือการอ่านผู้วิจัยเป็นผู้ อ่านข้อคำถามพร้อมทั้งทำเครื่องหมายให้) ระยะเวลาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เดือน มิถุนายน ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2567

5) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 289 ราย ดำเนินการสัมภาษณ์ตามเครื่องมือที่ใช้ในการ ดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL

6) นำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความ ถูกต้องและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 29.1 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป และระดับคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ความแตกต่างของคุณภาพชีวิต โดยรวมของผู้สูงอายุในชุมชนพุดซา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) จำแนกตาม เพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และสถานภาพ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยผู้สูงอายุ 289 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (58.50%) มีอายุเฉลี่ย 71.62 ปี (S.D. = 7.62) อยู่ใน ช่วงอายุ 60-69 ปี (48.80%) ระดับการศึกษา จบ การศึกษาระดับประถมศึกษา (77.50%) ไม่ได้ ประจบอาชีพ (42.20%) มีสถานภาพสมรส (59.90%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=289)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	120	41.50
หญิง	169	58.50
อายุ (Mean = 71.62, S.D. = 7.62)		
60 – 69 ปี	141	48.80
70 – 79 ปี	93	32.20
80 ปีขึ้นไป	55	19.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	12	4.20
ประถมศึกษา	224	77.50
มัธยมศึกษา	33	11.40
ปวส	11	3.80
ตั้งแต่ปริญญาตรี	9	3.10
อาชีพ		
เกษตรกร	72	24.90
รับจ้าง	72	24.90
ค้าขาย	16	5.50
ข้าราชการบำนาญ	7	2.40
ไม่ประกอบอาชีพ	122	42.3
สถานภาพ		
สมรส	173	59.90
โสด	11	3.80
หม้าย	91	31.50
หย่า	5	1.70
แยกกันอยู่	9	3.10

ระดับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ที่ 78.05 คะแนน (S.D. = 10.92) โดยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (81.30%) รองลงมาเป็นระดับดี (14.90%) และมีเพียง 3.80% ที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี เมื่อพิจารณาารายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพกายมี

คะแนนเฉลี่ย 22.27 (S.D. = 3.64) โดยร้อยละ 83.40 ของผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายในระดับปานกลาง ด้านจิตใจมีคะแนนเฉลี่ย 19.83 (S.D. = 3.20) โดยส่วนใหญ่ (76.80%) อยู่ในระดับปานกลาง เช่นกัน สำหรับด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่ามีคะแนนเฉลี่ย 8.92 (S.D. = 1.77) โดยร้อยละ 69.90

วารสารกองการพยาบาล

อยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม พบว่า มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 22.10 ที่มีสัมพันธภาพทางสังคมในระดับไม่ดี ซึ่งเป็นสัดส่วนสูงกว่าด้านอื่นๆ ขณะที่ด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนเฉลี่ย 27.04 (S.D. = 4.12) โดย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (69.20%) มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง และมีสัดส่วนที่มีคุณภาพชีวิตในระดับดีสูงถึง 27.70% ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าด้านอื่นๆ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิต (n=289)

คุณภาพชีวิต	Mean	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต					
			ไม่ดี		ปานกลาง		ดี	
			n	%	n	%	n	%
ด้านสุขภาพกาย	22.27	3.64	20	6.90	241	83.40	28	9.70
ด้านจิตใจ	19.83	3.20	13	4.50	222	76.80	54	18.70
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	8.92	1.77	64	22.10	202	69.90	23	8.0
ด้านสิ่งแวดล้อม	27.04	4.12	9	3.10	200	69.20	80	27.70
คุณภาพชีวิตโดยรวม	78.05	10.92	11	3.80	235	81.30	43	14.90

การวิเคราะห์ความแตกต่างของคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า เพศมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .739$) โดยทั้งเพศชายและเพศหญิงส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม พบว่า อายุมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .017$) โดยกลุ่มอายุ 60–69 ปี มีสัดส่วนคุณภาพชีวิตในระดับดีสูงสุด (20.60%) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 70–79 ปี (10.80%) และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป (7.30%) นอกจากนี้ อาชีพมีความแตกต่าง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .003$) โดยผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีสัดส่วนคุณภาพชีวิตในระดับดีสูงสุด (27.80%) ขณะที่กลุ่มที่ไม่ประกอบอาชีพมีสัดส่วนระดับดี ต่ำที่สุด (6.60%) สำหรับระดับการศึกษาและสถานภาพสมรส พบว่ามีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .221$ และ $p = .126$ ตามลำดับ) โดยไม่ว่าระดับการศึกษาและสถานภาพสมรสจะเป็นอย่างไร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางวิเคราะห์ความแตกต่างของคุณภาพชีวิตโดยรวม (n=289)

ข้อมูล	n	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม						p-value
		ไม่ดี		ปานกลาง		ดี		
		n	%	n	%	n	%	
เพศ								
ชาย	120	4	3.30	96	80.00	20	16.70	.739
หญิง		7	4.10	139	82.20	23	13.60	
อายุ								
60 – 69 ปี	141	3	2.10	109	77.30	29	20.60	.017*
70 – 79 ปี	93	3	3.20	80	86.00	10	10.80	

ข้อมูล	n	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม						p-value
		ไม่ดี		ปานกลาง		ดี		
		n	%	n	%	n	%	
80 ปีขึ้นไป	55	5	9.10	46	83.60	4	7.30	.221
ระดับการศึกษา								
ไม่ได้เรียนหนังสือ	12	2	16.70	9	75.00	1	8.30	
ประถมศึกษา	224	8	3.60	185	82.60	31	13.80	
มัธยมศึกษา	33	0	0	25	75.80	8	24.20	
ปวส	11	1	9.10	8	72.70	2	18.20	
ตั้งแต่ปริญญาตรี	9	0	0	8	88.90	1	11.10	.003*
อาชีพ								
เกษตรกร	72	2	2.80	50	69.40	20	27.80	
รับจ้าง	72	0	0	61	84.70	11	15.30	
ค้าขาย	16	0	0	13	81.30	3	18.80	
ข้าราชการบำนาญ	7	0	0	6	85.70	1	14.30	
ไม่ประกอบอาชีพ	122	9	7.40	105	86.10	8	6.60	.126
สถานภาพ								
สมรส	173	5	2.90	136	78.60	32	18.50	
โสด	11	0	0	11	100.00	0	0	
หม้าย	91	6	6.60	77	84.60	8	8.80	
หย่า	5	0	0	5	100.00	0	0	
แยกกันอยู่	9	0	0	6	66.70	3	33.30	

* p < 0.05

การอภิปรายผล

1. **ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน**
พุดซา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในชุมชนพุดซามีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 81.30) รองลงมาคือระดับดี (ร้อยละ 14.90) และมีเพียงร้อยละ 3.80 ที่อยู่ในระดับไม่ดี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับที่น่าพึงพอใจ แม้อาจยังมีข้อจำกัดในบางด้าน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุครอบคลุมหลากหลายมิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และ

สิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นแนวทางการประเมินที่องค์การอนามัยโลก³ ได้กำหนดไว้เป็นมาตรฐานในการศึกษาคุณภาพชีวิตของประชากรสูงอายุทั่วโลก

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนพุดซาส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย และจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 83.40 และ 76.80 ตามลำดับ) สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเองและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายตามวัย อย่างไรก็ตาม ในด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่า มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ

22.10 ที่มีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าด้านอื่น ๆ แสดงถึงภาวะโดดเดี่ยวหรือการขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม ขณะที่ด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าด้านอื่น ๆ โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตในระดับดีถึงร้อยละ 27.70 สะท้อนถึงสภาพแวดล้อมของชุมชนที่อาจเอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น ความสะอาด ความปลอดภัย และการเข้าถึงบริการพื้นฐานในพื้นที่ ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัย⁸ ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเทศบาลนครยะลา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางถึงดี โดยเฉพาะในมิติด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพจิตที่มีระดับคะแนนค่อนข้างสูง ทั้งนี้ปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การได้รับการดูแลจากครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม⁹

นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษา⁹ ที่พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนชนบทส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะในมิติด้านสัมพันธภาพทางสังคม ซึ่งมักพบว่ายังไม่แข็งแรงเท่าที่ควร และควรส่งเสริมด้วยกิจกรรมที่สร้างการมีส่วนร่วม เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมศาสนาหรือวัฒนธรรมชุมชน

โดยสรุปแล้ว ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างรอบด้าน โดยเฉพาะในด้านสัมพันธภาพทางสังคม ซึ่งควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติมผ่านการสนับสนุนกิจกรรมที่สร้างปฏิสัมพันธ์และความรู้สึกมีคุณค่าในสังคม พร้อมทั้งส่งเสริมสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีศักดิ์ศรี

2. ความแตกต่างของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนพุดซา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตาม เพศ อาชีพ อายุ และสถานภาพการสมรส พบว่า เพศมีความแตกต่างของคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .739$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย¹⁰ ที่ศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า เพศไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในภาพรวม โดยสะท้อนให้เห็นว่าในปัจจุบันผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงอาจมีบทบาทและการเข้าถึงทรัพยากรหรือบริการด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกันมากนัก¹⁰ อย่างไรก็ตาม งานวิจัย¹¹ ซึ่งใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ กลับให้ข้อมูลเชิงลึกว่าเพศอาจมีผลทางอ้อมผ่านบริบททางสังคม เช่น เพศหญิงที่อยู่ลำพังหรือไม่มีลูกหลานดูแลมีแนวโน้มเผชิญปัญหาทางจิตใจมากกว่า ซึ่งแม้ไม่สะท้อนออกในเชิงสถิติจากการสำรวจ แต่มีนัยทางเชิงคุณภาพที่ควรนำมาพิจารณาประกอบ¹¹ ในด้าน อายุ ผลการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มอายุ 60–69 ปี มีคุณภาพชีวิตระดับดีสูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .017$) ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษา ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า (60–65 ปี) มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าใน ทุกมิติเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุที่มากกว่า¹⁰ ในด้าน อาชีพ พบว่าผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีคุณภาพชีวิตระดับดีสูงสุดอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .003$) ซึ่งอธิบายได้จากลักษณะงานเกษตรที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย การใช้ชีวิตกลางแจ้ง และการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน ซึ่งสะท้อนถึงความสอดคล้องกับผลจากงานวิจัย¹¹ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ยังมีบทบาทในครอบครัวหรือชุมชน เช่น การช่วยเหลืองานบ้านหรือทำการเกษตร ยังรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากกว่า และมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดี¹¹

ในทางตรงกันข้าม ระดับการศึกษา และสถานภาพการสมรส พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญ ซึ่งขัดแย้งกับงาน¹⁰ ที่พบว่าปัจจัยทั้งสองมีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยเฉพาะระดับการศึกษาที่ส่งผลต่อมิติด้านการตัดสินใจด้วยตนเองและสภาพความเป็นอยู่ อย่างไรก็ตาม ความขัดแย้งนี้อาจอธิบายได้จากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละพื้นที่ บริบททางเศรษฐกิจและระบบสนับสนุนทางสังคม เช่น บางพื้นที่อาจมีนโยบายรัฐหรือบริการสาธารณะที่เข้าถึงได้ทั่วถึงมากกว่า จึงลดช่องว่างที่เกิดจากการศึกษาและสถานภาพสมรส¹⁰ อีกทั้งปัจจัยส่วนบุคคลบางประการ ได้แก่ อายุ และอาชีพ มีความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่เพศและสถานภาพการสมรสพบความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในมิติของอายุ กลุ่มผู้สูงอายุช่วงวัย 60–69 ปี มีสัดส่วนของผู้ที่มีคุณภาพชีวิตในระดับดีสูงที่สุด (ร้อยละ 20.60) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 70–79 ปี (ร้อยละ 10.80) และกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 7.30)

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมกิจกรรมที่สร้างสัมพันธภาพทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเป็นระบบ เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าด้านสัมพันธภาพทางสังคมเป็นมิติที่มีผู้สูงอายุอยู่ในระดับไม่ดีมากที่สุด การจัดกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ

กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมศาสนาและวัฒนธรรม จะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว สร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และส่งผลดีต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ

2. ควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุที่ยังมีศักยภาพให้สามารถประกอบอาชีพที่เหมาะสม เช่น การทำเกษตรแบบพอเพียง การถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือการทำงานฝีมือในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีรายได้เสริมและมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อันจะส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังอยู่ในวัยต้น (60–69 ปี) ซึ่งผลวิจัยพบว่า มีคุณภาพชีวิตในระดับดีสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น

3. ควรพัฒนานโยบายและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งในด้านโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ทางเดินที่ปลอดภัย พื้นที่สาธารณะสำหรับออกกำลังกาย และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ตลอดจนการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมและเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพและศักดิ์ศรีในสังคม

References

1. National Statistical Office. Population and Housing Report 2023. 2023. Available from; <https://www.nso.go.th>.
2. United Nations. World Population Ageing 2022. New York: Department of Economic and Social Affairs. 2023. Available from; <https://www.un.org/development/desa/pd/>.
3. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing 2020–2030. Geneva: WHO. 2020. available from; <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>.
4. Department of Health. Report on the situation of the elderly in Thailand. Bangkok: Health Promotion Bureau. 2023. Thai.
5. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychological Medicine. 1998; 28(3): 551–558.

วารสารกองการพยาบาล

6. Supaporn Tantintrakun, Chirakun Khrobsorn, Nongluk Wichairam. Factors Related to Quality of Life of the Elderly in a Community in Bang Pho Nuea Subdistrict Sam Khok District, Pathum Thani Province. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology*. 2022; 7(11): 352-73. Thai.
7. Suwat Mahatnirunkul, Wirawun Tuntipivatanaskul, Wanida Pumpisanchai. WHOQOL–BREF–THAI Available from : <https://www.dmh.go.th/test/Whoqol/>
8. Satiman Makchuchit, Kamonwan Suwan, Anuchi tKlangman, Napat Nowa . Guidelines for Developing the Elderly's Quality of Life in Yala City Municipality Via Community-Based Learning Center. *MaharajNakhonSiThammaratMedicalJournal*. 2023; 7(1): 142-59. Thai.
9. Montiya Kongla. Factors Affecting the Quality of Life of the Elderly in Rural, Srithat District, Udonthani Province. *Maharakham Hospital Journal*. 2021; 18(3):75-85. Thai.
10. Parinya Sattabut. The Comparative Quality of the Elderly Life with Personal and Family Factors in Phetchabun Province. *Journal of MCU Social Development*. 2021; 6(3): 17–24. Thai.
11. Vorapon Kongsivaphisit, Kamolporn Kalyanamitra, Satit Niyomyaht, & Tassanee Lakkanapichonchat. Quality and way of life of the elderly in Nakhon Ratchasima province. *Journal of Educational Review Faculty of Educational in MCU*. 2021; 8(2): 301–308. Thai.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ชุมชนเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ประทุม กงมหา* พย.ม (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

หฤทัย กงมหา** พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

จงกลณี ต้อยเจริญ* วท.ม (อนามัยครอบครัว)

(รับ: 28 กุมภาพันธ์ 2568, แก้ไข: 17 มีนาคม 2568, ตอรับ: 23 กันยายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอำนาจการทำนายของการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์ 141 รูป คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เกณฑ์คัดเข้า คือ พระสงฆ์ที่จำพรรษาตั้งแต่ 1 พรรษาขึ้นไป อยู่ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เกณฑ์คัดออก คือ อาพาต ลาสิกขาและมรณภาพ เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความตรงด้านเนื้อหา 0.8 - 0.9 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี (Mean 46.23, SD 16.05) จำพรรษา 1-4 พรรษา (Mean 14.73, SD 14.92) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean 2.78, SD .40) พฤติกรรมรายด้านในระดับสูง ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Mean 3.35, SD .84) และการจัดการความเครียด (Mean 3.04, SD .85) พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ สูบบุหรี่ ร้อยละ 59.6 และฉันอาหารสุกๆ ดิบๆ ร้อยละ 27 รสเค็มหรือหมักดอง ร้อยละ 10.6 อาหารประเภทมันและทอด ร้อยละ 7.8 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ คือ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการสนับสนุนทางสังคม ทำนายได้ ร้อยละ 38.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .631, p < .001$) ข้อเสนอแนะ คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมพระภิกษุ ในเรื่อง การงดสูบบุหรี่ การเลือกฉันอาหาร และการสร้างความตระหนักรู้ให้กับประชาชนในการถวายอาหารแก่พระสงฆ์

คำสำคัญ ปัจจัยทำนาย, พระสงฆ์, พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

* อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข

** อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข Corresponding author: E-mail; haruthai@knc.ac.th

Predictive Factors of Health-Promoting Behaviors among Monks in Urban Communities, Nakhon Ratchasima Province

Pratoom Kongmaha* M.N.S. (Community Nurse Practitioner)

Haruthai Kongmaha** M.N.S. (Gerontological Nursing)

Jongkolnee Tuicharoen* M.P.H. (Family Health)

(Received: February 28, 2025, Revised: March 17, 2025, Accepted: September 23, 2025)

Abstract

This research aimed to study health promoting behaviors and the predictive power of perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy, and social support in practicing health promotion behaviors among monks. A sample of 141 monks were recruited using multi-stage random sampling. The inclusion criteria consisted of monks who ordained for one or more Buddhist period and living Nai Muang Subdistrict, Muang District, Nakhon Ratchasima Province. The exclusion criteria included monks who were sickening, disrobing, and death. The research instrument was questionnaire containing personal data, health-promoting behaviors, perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy, and social support. The validity was between 0.8 - 0.9 and the Cronbach alpha coefficient was 0.84. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression.

The findings revealed that the majority of the monks aged 41-50 years (Mean 46.23, SD 16.05), ordained period of 1-4 (Mean 14.73, SD 14.92). The overall health-promoting behaviors were at the moderate level (Mean 2.78, SD .40). High-level of health promoting behaviors included physical activity (Mean 3.35, SD .84) and stress management (Mean 3.04, SD .85). Undesirable health promoting behaviors included smoking (59.6%), eating raw or undercooked food (27%), salty or pickled food (10.6%), and eating greasy and fried food (7.8%). Factors predicting health promotion behavior among the monks were perceived benefits, perceived barriers, and social support, that statistically significant predicted at 38.5% ($r = .631$, $p < .001$). Recommendations included the relevant agencies should promote the monks in refraining from smoking, choosing their food, and raising public awareness about offering food to the monks.

Keywords: Predictive factors, monks, health-promoting behaviors

* Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health.

** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health. Corresponding author: E-mail; haruthai@knc.ac.th

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

พระสงฆ์เป็นบุคคลสำคัญในการเผยแผ่หลักธรรม ส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรมและเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับสังคมไทยตลอดมา ประเทศไทยมีพระสงฆ์ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 255,938 รูป¹ ช่วงเวลาที่ผ่านมามีพระสงฆ์ต้องเผชิญปัญหาสุขภาพอย่างมาก ในปี 2566 มีการคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ในวัด 9,798 แห่ง พบว่า พระสงฆ์อายุ 60 ปี ขึ้นไปเสี่ยงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 39 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 6 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11² สาเหตุเกิดจาก พระสงฆ์ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ การฉันอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ ไม่ออกกำลังกายและมีความเครียด เพราะไม่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค³ จากการศึกษาต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ 2561-2564 สำหรับรายโรคที่พบต้นทุนสูง ได้แก่ โรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 เฉลี่ย 2,021 บาทต่อครั้ง โรคเบาหวาน เฉลี่ย 1,312 บาท ต่อครั้ง และ โรคความดันโลหิต เฉลี่ย 964 บาท ต่อครั้ง ตามลำดับ⁴ ในจังหวัดนครราชสีมา มีวัด 2,133 แห่ง มีพระสงฆ์ในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 9,729 รูป⁵ มีการคัดกรองสุขภาพในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 7,478 รูป พบว่า พระสงฆ์อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 34.89 อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 35.49 โรคเบาหวาน ร้อยละ 29.41 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 4.43 จิตเวช ร้อยละ 2.64 วัณโรค ร้อยละ 0.85 โรคอื่นๆ ร้อยละ 19.70⁶ สาเหตุส่วนใหญ่ของการอาพาธมาจากพฤติกรรมฉันอาหารที่ประชาชนนำมาถวาย และการไม่ได้ออกกำลังกาย จึงกล่าวได้ว่า การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้พระสงฆ์มีสุขภาพดี การวิจัยนี้ได้นำแนวคิด Health Promotion Model ของ Pender⁷ โดยนำปัจจัย เรื่อง อารมณ์ และความคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน รวมถึงลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา และอื่นๆ และนำแนวคิด Social Support ของ House⁸ มาใช้ร่วมด้วย ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และการสนับสนุนด้านทรัพยากร เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยเพื่อค้นหาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ได้

คณะผู้วิจัยปฏิบัติงานที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เป็นสถาบันการศึกษาทางด้านสุขภาพ มีวิสัยทัศน์ในการมุ่งส่งเสริมสุขภาพชุมชน เพื่อให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพะอย่างยั่งยืน การวิจัยนี้ จึงเลือกศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ชุมชนเมือง จังหวัดนครราชสีมา เนื่องจากอยู่ในพื้นที่ชุมชนที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ให้บริการดูแลส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ในชุมชนเมือง จังหวัดนครราชสีมา ให้มีสุขภาพที่แข็งแรงต่อไป

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ชุมชนเมือง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของ การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สมมุติฐานวิจัย

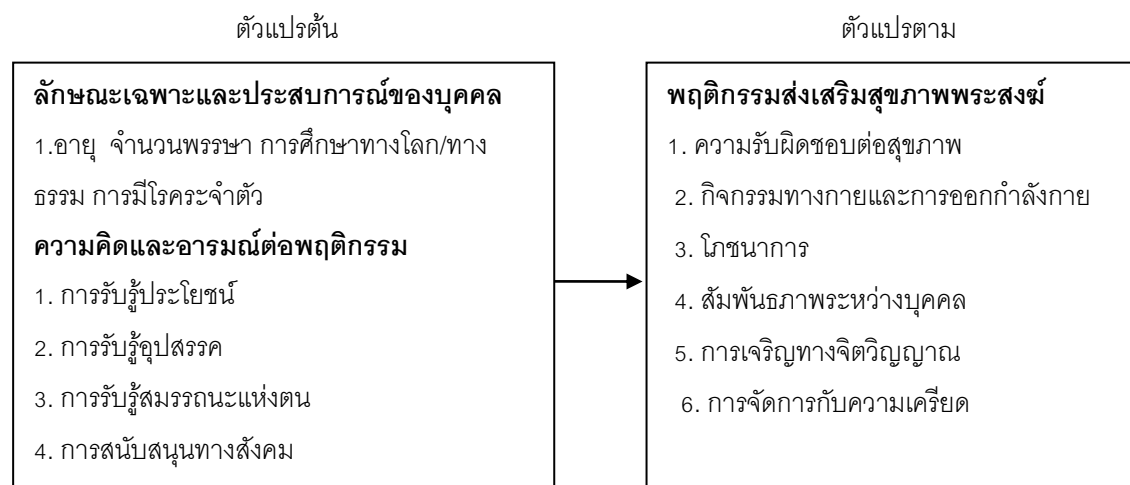
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ชุมชนเมือง จังหวัดนครราชสีมาได้

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ ประยุกต์ใช้แนวคิด Health Promotion Model ของ Pender's (2006) ในการอธิบาย พฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง และทำนาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ มี 3 ด้าน ได้แก่

1) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล เช่น อายุ จำนวนพรรษา การศึกษาทางโลกและทางธรรม โรคประจำตัว 2) ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (perceived benefit of action) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม(perceived barriers to action) การรับรู้ความสมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) และผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม ร่วมกับแนวคิด Social Support ของ House (1981) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ชุมชนเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ประชากร คือ พระสงฆ์ที่จำพรรษาอยู่ในวัด ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ 2565 – 2566 จากวัดจำนวนทั้งสิ้น 36 แห่ง พระสงฆ์ 510 รูป กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1 กำหนดขนาดอิทธิพล^๑ 0.15

กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทำนายเท่ากับ 0.80 **กลุ่มตัวอย่าง** พระสงฆ์ 118 รูป เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนอีก ร้อยละ 20 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ 141 รูป¹⁰ การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบหลายขั้นตอน จากทั้งหมด 19 ตำบล ในเขตการปกครองคณะสงฆ์ อำเภอเมือง สุ่มเลือก 6 ตำบล ในเขตการปกครองคณะสงฆ์ ได้วัด 36 แห่ง เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง วัดละ 1-9 รูป ตามสัดส่วนประชากรแต่ละวัด เกณฑ์คัดเข้า 1) พระสงฆ์ที่จำพรรษา

อยู่ที่วัดตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ตั้งแต่ 1 พรรษาขึ้นไป 2) สามารถสื่อสาร เขียน อ่านภาษาไทยได้ดี 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เภรคัดออก 1) ขอลอนตัวระหว่างการเก็บข้อมูล 2) อาพาธ ลาสิกขา หรือ มรณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามการวิจัย ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ชุมชนเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่ผู้วิจัยดัดแปลงเครื่องมือวิจัยของ หฤทัย พุทธิสาวภาคย์¹¹ ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวนพรรษา การศึกษาทางโลก ทางธรรม การมีโรคประจำตัว เป็นคำถามเลือกตอบจำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ มีดังนี้ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 6 ข้อ 2) กิจกรรมทางกาย 2 ข้อ 3) โภชนาการ 7 ข้อ 4) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 7 ข้อ 5) การเจริญทางจิตวิญญาณ 5 ข้อ 6) การจัดการกับความเครียด 6 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (4 = ทำเป็นประจำ 1=ไม่ทำเลย) แปลคะแนนค่าเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน >3 คือ ระดับที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง คะแนน $\geq 2 \leq 3$ ระดับปานกลาง และคะแนน < 2 ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 13 ข้อ คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (4 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) แปลคะแนนค่าเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ (คะแนน < 2 = ระดับต่ำ คะแนน $\geq 2 \leq 3$ = ระดับปานกลาง คะแนน >3 = ระดับสูง)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ข้อ คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (4= เห็นด้วยอย่างยิ่ง; 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยแปลคะแนนค่าเฉลี่ยออกเป็น

3 ระดับ (คะแนน < 2 = ระดับต่ำ, คะแนน $2 \leq 3$ = คะแนนระดับปานกลาง, คะแนน >3 = ระดับสูง)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้รับสมรรถนะแห่งตน 6 ข้อ คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (4 = มั่นใจมาก 1 = ไม่มั่นใจเลย) แปลคะแนนค่าเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ (คะแนน < 2 = ระดับต่ำ คะแนน $\geq 2 \leq 3$ =ระดับปานกลาง คะแนน >3 = ระดับสูง)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 13 ข้อ คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (4 = เป็นจริงมากที่สุด 1 = ไม่เป็นจริง) โดยแปลคะแนนค่าเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ (คะแนน < 2 = ระดับต่ำ คะแนน $\geq 2 \leq 3$ = ระดับปานกลาง คะแนน >3 = ระดับสูง)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ชุมชนเมือง จังหวัดนครราชสีมา ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่า IOC (Index of Item - Objective Congruence) เท่ากับ 0.8 - 0.9 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขข้อคำถาม ตามคำแนะนำผู้ทรงคุณวุฒิ และทดลองใช้กับพระสงฆ์ 30 รูป ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามส่วนที่ 2-6 มีความเที่ยง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบรา (Cronbach's Coefficient of Alpha) เท่ากับ 0.84

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เสนอต่อเจ้าคณะจังหวัดนครราชสีมา เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. หลังจากได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าคณะจังหวัดนครราชสีมา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นติดต่อพระเลขาจังหวัดนครราชสีมา เพื่อช่วยประสานวัดในเขตตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยอธิบายขั้นตอนดำเนินการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้ผู้ช่วยวิจัยในการแจก และเก็บรวบรวมแบบสอบถามคืน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึง 1 กันยายน 2567 โดยผู้ช่วยวิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างตามวัน และเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก ให้เวลา ในการเก็บข้อมูลแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่าง ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจก่อนตอบแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้รับสมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ให้ตอบแบบสอบถามตามลำดับ โดยผู้วิจัยอ่านให้ฟังทีละข้อ โดยไม่มีคำถามอธิบายเพิ่มเติม และบันทึกคำตอบแบบที่กลุ่มตัวอย่างเลือกลงในแบบสอบถาม

6. เมื่อได้ข้อมูลครบแล้ว ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุยแสดงความคิดเห็น และซักถามข้อสงสัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์

7. นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติและแปลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และตรวจสอบ ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ มีการแจกแจงของข้อมูลไม่

เป็นโค้งปกติ มีการแปลงข้อมูล (Data Transformation) โดยใช้วิธีการทางสถิติ (Statistical Methods) จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวนพรรษา การมีโรคประจำตัว ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ร้อยละ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลอำนาจการทำนายของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเสนอขออนุมัติในการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เลขที่อนุมัติ No.37/2566 เมื่อวันที่ 13 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิ ผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยการชี้แจง กับกลุ่มตัวอย่าง ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธ กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ลงนามยินยอม ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคลเป็นความลับ โดยการใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น

ผลการวิจัย

พระสงฆ์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 24.1 มีช่วงอายุ 41-50 ปี รองลงมาช่วงอายุ 21-30 ปี และอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 22.7 เท่ากัน และช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 15.6 ตามลำดับ ($M=46.23$, $SD=16.05$) ระยะเวลาการบวชเป็นพระสงฆ์ หรือจำนวนพรรษา พระสงฆ์ พบมากที่สุด 1-4 พรรษา ร้อยละ 32.6 จำนวนพรรษา 5-9 พรรษา ร้อยละ 19.9 และ 30 พรรษาขึ้นไป ร้อยละ 18.4 ตามลำดับ ($M=14.73$, $SD=14.92$) ระดับการศึกษาทางธรรม ร้อยละ 51.1 นักรธรรมเอกมากที่สุด รองลงมาร้อยละ 14.2 นักรธรรมตรี

และร้อยละ 12.8 เปรี๊ยญธรรม 3-5 ระดับ การศึกษา
สายสามัญ ส่วนใหญ่ร้อยละ 26.2 ปริญญาตรี
รองลงมา ระดับประถมศึกษาต้น ร้อยละ 15.5 และ
ระดับมัธยมตอนปลาย ร้อยละ 14.2 สถานะทาง
สุขภาพ ส่วนใหญ่พระสงฆ์ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ
53.2 มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 46.8 ได้แก่ โรค
ไข้มันในเลือด ร้อยละ 20 โรคเบาหวาน ร้อยละ 11.4
โรคความดันโลหิต ร้อยละ 11.4 โรคหัวใจ ร้อยละ 0.7
โรคอื่นๆ ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ และพระสงฆ์สูบบุหรี่
ร้อยละ 59.6

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของพระสงฆ์
โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.78$, $SD = 0.40$)
ประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน
ดังนี้

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับ
ปานกลาง ($M = 2.43$, $SD = 0.97$) ได้แก่ พระสงฆ์สนใจ
ศึกษาเรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองหลายช่องทาง เช่น
สื่อออนไลน์ โทรศัพท์ ฯลฯ ท่านปฏิบัติ 1-2 ครั้งต่อ
สัปดาห์ ร้อยละ 60.3 เมื่อพระสงฆ์อาพาธซึ่ื่อยา
รับประทานเองร้อยละ 50.4 พระสงฆ์แบ่งปันอย่าง
น้อยวันละ 2 ครั้งและหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง
ร้อยละ 46.8 ตามลำดับ

2. กิจกรรมทางกาย อยู่ในระดับสูง ($M = 3.35$, $SD = 0.84$) พระสงฆ์มีกิจกรรมทางกาย จนรู้สึก
เหนื่อยอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน
ร้อยละ 56.7 และพระสงฆ์ออกกำลังกาย เช่น ยืด
เหยียดกล้ามเนื้อ ผักโยคะ หรือใช้ท่าที่เหมาะสมอย่าง
น้อยวันละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ
44.6 ตามลำดับ

3. โภชนาการ การได้รับโภชนาการที่พึงประสงค์
อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.46$, $SD = 0.77$) พระสงฆ์
หลีกเลี่ยงการฉ้นเครื่องดื่มชูกำลัง ชา กาแฟ และ
น้ำอัดลม หรือฉ้นไม่เกิน 3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 62.4
ฉ้นน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว ร้อยละ 45.4 ฉ้นผัก

ผลไม้สด วันละ 400 กรัม (ประมาณ 5 กำมือ) ทุกวัน
ร้อยละ 12.1 ตามลำดับ และโภชนาการที่ไม่พึง
ประสงค์ พระสงฆ์ฉ้นอาหารประเภทสุกๆดิบๆ เช่น
ลาบ แหนม ปลา ก้อย ทุกวัน ร้อยละ 27 ฉ้นอาหาร
รสเค็ม หรือหมักดองทุกวัน ร้อยละ 10.6 ฉ้นอาหาร
ประเภทมันทอดทุกวัน เช่น แกงกะทิ กั๋วยทอด หมู
กรอบ เป็นต้น ร้อยละ 7.8 ตามลำดับ

4. สัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับ
ปานกลาง ($M = 2.92$, $SD = 0.89$) พระสงฆ์มีการ
ปฏิบัติด้วยความเป็นมิตรต่อกันเป็นประจำ ร้อยละ
50.4 ได้รับการช่วยเหลืออย่างดีจากพระในวัด เวลาที่
มีปัญหาเป็นประจำ ร้อยละ 32.6 เมื่อพระสงฆ์
ปฏิบัติงานผิดพลาดท่านได้รับความเห็นใจจาก
พระสงฆ์ด้วยกันเป็นประจำ ร้อยละ 27.7 พระผู้ใหญ่
เอาใจใส่และช่วยเหลือในการปฏิบัติงานเป็นประจำ
ร้อยละ 27 และพระสงฆ์ปฏิบัติงานสำเร็จ ได้รับการ
ชื่นชมจากพระผู้ใหญ่เป็นประจำ ร้อยละ 20
ตามลำดับ

5. การเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับ
ปานกลาง ($M = 2.92$, $SD = 0.89$) พระสงฆ์เชื่อว่าการ
ปฏิบัติตามคำสอนพระพุทธศาสนา เป็นเส้นทางสู่
ความหลุดพ้นหรือนิพพานเป็นประจำ ร้อยละ 58.9
มีความพึงพอใจ กับชีวิตที่เป็นอยู่ปัจจุบันเป็นประจำ
ร้อยละ 55.3 ปฏิบัติสมาธิ เติ่นจงกรมทุกวัน ร้อยละ
34.8 และศึกษาธรรมะ และปฏิบัติตามคำสอน
พระพุทธเจ้าเป็นประจำร้อยละ 44.7 ตามลำดับ

6. การจัดการความเครียดอยู่ในระดับสูง
($M = 3.04$, $SD = 0.85$) เมื่อเผชิญปัญหาพระสงฆ์จะให้
กำลังใจตนเอง มองปัญหาเชิงบวกเสมอ ร้อยละ 44
และการจำวัด (นอนหลับ) พักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง
ทุกวัน ร้อยละ 41.1 เมื่อเกิดความเครียดจะพยายาม
ควบคุมจิตใจ เช่น ทำสมาธิ สวดมนต์ เป็นประจำ
ร้อยละ 36.2 และมีการใช้ยานอนหลับ บ่อยครั้ง
ร้อยละ 11.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ (n=141)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	M	SD	ระดับพฤติกรรม
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.43	0.97	ปานกลาง
กิจกรรมทางกาย	3.35	0.84	สูง
โภชนาการ	2.46	0.77	ปานกลาง
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	2.92	0.89	ปานกลาง
การเจริญทางจิตวิญญาณ	2.92	0.89	ปานกลาง
การจัดการกับความเครียด	3.04	0.85	สูง
ภาพรวม	2.78	0.40	ปานกลาง

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ร้อยละ 38.5 และค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Beta) ทั้ง 3 ตัวแปรต้น คือ

การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม หรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรต้นกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ (n=141)

ตัวแปร	b	Std. Error	Beta	t	p
Constant	1.215	.103		11.841	0.000**
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	-1.313	.221	-.414	-5.934	0.000**
การสนับสนุนทางสังคม	.102	.020	.349	5.004	0.000**
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	-.080	.038	-.139	-2.097	0.038*

R = .631, R square = .398, R² = .385, F = 30.213, p < 0.01** p < 0.05*

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ชุมชนเมือง ผลการวิจัย พบว่า พระสงฆ์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีการศึกษาหาความรู้จากแหล่งต่างๆ เพื่อดูแลตนเอง โดยเฉพาะสื่อออนไลน์ อธิบายได้ว่า ปัจจุบันพระสงฆ์ใช้สื่อออนไลน์มากขึ้น มีการปรับตัวของพระสงฆ์รุ่นใหม่ในยุคของสังคมออนไลน์¹² หลังการแพร่ระบาด

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ทำให้มีการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตมากขึ้น ในการสื่อสาร พูดคุย การเรียน ประชุม ศึกษาหาความรู้ต่างๆ ตลอดจนการเผยแพร่พระพุทธศาสนา ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต พระสงฆ์ต้องระมัดระวังการใช้สื่อออนไลน์ให้เหมาะสม ไม่กระทบต่อสถาบันศาสนา สำหรับพฤติกรรมกิจกรรมทางกายของพระสงฆ์ ส่วนใหญ่เดินบิณฑบาต ทำงานในวัด อธิบายได้ว่าการออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์¹³ ในพระพุทธศาสนา เรียกว่า บริหารขันธ หรือการบริหารร่างกาย เพื่อให้

ชั้นนี้ดำเนินไปใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารร่างกายของพระสงฆ์นั้นต้องมีความเหมาะสมพอดี กระทำในที่อันควร การบริหารร่างกายอย่างเหมาะสม ควรรู้สึกเหนื่อย หรืออย่างน้อยวันละ 30 นาที ประมาณ 5-6 ครั้ง/สัปดาห์ ประโยชน์การบริหารร่างกาย ช่วยลดไขมันในเลือด ลดความดันโลหิต ลดความเครียด และทำให้มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วยกระบวนการเผาผลาญอาหาร¹⁴ สำหรับพฤติกรรมด้านโภชนาการของพระสงฆ์ มีการฉันอาหาร รสเค็ม อาหารประเภทมันๆ ทอดๆ อาหารสุกๆ ดิบๆ เช่น แหนม ปลา รวมทั้งฉันเครื่องดื่มชูกำลัง น้ำหวาน เป็นต้น อธิบายได้ว่า การเลือกฉันภัตตาหารของพระสงฆ์ขึ้นอยู่กับความรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และสภาพแวดล้อมในบริบทของพระสงฆ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉริยา พ่วงแก้ว และคณะ¹⁵ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการบริหารโภชนาการของพระสงฆ์: มุมมองของพระสงฆ์ ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริหารโภชนาการของพระสงฆ์ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจสุขภาพ จริยวัตรสงฆ์ และชนิดอาหารที่ประชาชนถวาย พระสงฆ์ควรเลือกอาหารที่มีประโยชน์ ไม่มีรสเค็มจัด หวานจัด หรือมันจัด พระสงฆ์ควรเน้นอาหารที่มีผักมากๆ เพื่อสุขภาพที่ดี สำหรับพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พระสงฆ์ปฏิบัติต่อกันด้วยความเป็นมิตร ช่วยเหลือกัน เมื่อปฏิบัติงานสำเร็จได้รับคำชื่นชมจากพระผู้ใหญ่เป็นบางครั้ง อธิบายได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีความสำคัญต่อความคิด นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทพร ทองลัม¹⁶ ศึกษาผลกระทบของสัมพันธภาพในที่ทำงานและความไม่มั่นคงในงานต่อความตั้งใจลาออกจากงาน ผ่านความสุขในการทำงาน พบว่าสัมพันธภาพต่อหัวหน้างานและสัมพันธภาพต่อเพื่อนร่วมงานส่งผลเชิงบวกต่อ

ความสุขในการทำงาน ยังส่งผลเชิงลบต่อการลาออกจากงาน สำหรับพฤติกรรมด้านเจริญทางจิตวิญญาณนั้น พระสงฆ์เชื่อว่าการปฏิบัติตามคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้าเป็นเส้นทางความหลุดพ้น หรือนิพพาน อธิบายได้ว่า พระสงฆ์เป็นสาวกของพระพุทธเจ้า ในสังคมไทยพระสงฆ์เป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ มีหน้าที่เผยแผ่พระธรรมคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้า สอดคล้องกับการศึกษาของ พระครูสุวิชาวรรณนา¹⁷ ศึกษาการพัฒนาพระสงฆ์ ผู้นำแห่งจิตวิญญาณ กล่าวว่า ผู้ที่บวชในพระพุทธศาสนา เป็นผู้ที่สละแล้วซึ่งความสุขในทางโลก และความเป็นอยู่แบบชาวบ้าน ยินยอมพร้อมใจ จะประพฤติพรหมจรรย์ คือการรักษาศีลให้บริสุทธิ์ ทำกิจวัตรต่างๆ ให้ครบถ้วน ผีภุมณภวณา ผีภุมณภวณา เป็นผู้ที่มีสงฆของประโยชน์ของสังคมเป็นสำคัญ เป็นต้นแบบของการประพฤติปฏิบัติ หรือเป็นบุคคลที่ควรเคารพบูชา และเผยแผ่หลักคำสอนของพระพุทธเจ้าแก่พุทธศาสนิกชนสืบต่อไป สำหรับพฤติกรรมการจัดการความเครียด ของพระสงฆ์ เช่น การพยายามควบคุมจิตใจ การทำสมาธิ การคิดเชิงบวกให้กำลังใจตนเอง อธิบายได้ว่า ความเครียดเกิดขึ้นได้กับทุกคน เกิดจากหลายสาเหตุ ในพระสงฆ์จากการศึกษาของ นิจวรรณ เกิดเจริญ ยิ่งรัตน์ นาวิกนันท์ และชัยพร วิศิษฐ์พงศ์อารีย์¹⁸ ศึกษาความเครียดและปัจจัยที่มีผลต่อระดับความเครียดของพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร พบพระสงฆ์ที่มีความเครียดสูง มีช่วงอายุ 20-40 ปี จำนวนพรรษา 1-5 พรรษา มีปัญหาภายในวัด และการมีเงินไม่เพียงพอใช้จ่าย ความเครียดเป็นการตอบสนอง ของร่างกายต่อเหตุการณ์ ที่มากระตุ้น มีผลทำให้ร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ในลักษณะ ๖ หรือ ๗ แต่ละคนจะตอบสนองไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กับสิ่งแวดล้อม การจัดการความเครียดของพระสงฆ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ เขม เมืองมา¹⁹ ศึกษาการ

จัดการความเครียดตามหลักพุทธธรรม เน้นการบริหารจิต จิตู้ทันอารมณ์ โดยการกำหนดรู้จิตของตนเองด้วยกำลังสมาธิ นอกจากนั้นอาจใช้หลักการภาวนา 4 ได้แก่ กายภาวนา ศีลภาวนา จิตตภาวนา และปัญญาภาวนา เป็นหลักของการแก้ความเครียดแบบองค์รวมได้

2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยแรกที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ได้ดีที่สุด ($Beta = -.414, p < 0.01$) อธิบายได้ว่า การที่พระสงฆ์มีความคิด และความเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะก่อให้เกิดประโยชน์ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางตรง และทางอ้อม และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สองร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ได้ ($Beta = .349, p < 0.01$) อธิบายได้ว่า สังคมไทยกับพระพุทธศาสนา มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด คนไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ นำหลักคำสอนของพระพุทธศาสนาไปประพฤติปฏิบัติ ในการดำเนินชีวิต พุทธศาสนามีคำสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติที่จะให้เกิดบุญ หรือความดีหลายวิธี เช่น การให้ทาน การรักษาศีล และการเจริญภาวนา พุทธศาสนิกชนส่วนใหญ่ มีการทำบุญด้วยการให้ทานมากกว่าวิธีอื่นๆ การให้ทานเป็นหลักในการทำบุญ (ความดี) เป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย เมื่อพูดถึงการทำบุญก็จะนึกถึงการให้ทานรูปแบบต่างๆ เช่น การให้ทานเพื่อบำรุงพระสงฆ์ บำรุงวัด ปูชนียสถาน ปูชนียวัตถุ ดังนั้นพระสงฆ์จึงได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากพุทธศาสนิกชน ชุมชน และสังคม เป็นอย่างดี และ

ปัจจัยที่สาม คือ การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรมร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ได้ ($Beta = -.139, p < 0.05$) อธิบายได้ว่า เมื่อพระสงฆ์มีความคิดและความเชื่อ ต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมาก ทั้งมีการสนับสนุนทางสังคม จากพุทธศาสนิกชน เป็นอย่างดี การรับรู้ต่ออุปสรรคต่างๆ ลดลง อาจช่วยเป็นตัวกระตุ้นให้พระสงฆ์ ปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพต่อไป จากที่สามปัจจัย คือ การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อุปสรรคพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ชุมชนเมือง จังหวัดนครราชสีมา ได้ร้อยละ 38.5 ($r = .631, p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของอลงกรณ์ สุขเรืองกุล และคณะ²⁰ ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงราย พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ได้ร้อยละ 38.70 ($r = .622, p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ ($Beta = -.121, Sig = 0.080, p > 0.05$) แต่ไม่สามารถนำมาร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ได้ สามารถอธิบายได้สองกรณี ตามแนวคิดของ Bandur (1996 อ้างใน อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ)²¹ กรณีแรกพระสงฆ์รับรู้ความสามารถของตนเองสูง แต่มีความคาดหวังในผลของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำ กรณีที่สองพระสงฆ์รับรู้ความสามารถตนเองส่วนใดส่วนหนึ่งต่ำ ทั้งสองกรณี พระสงฆ์จึงมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น อาจเนื่องมาจากพระสงฆ์มีวินัย (อนาคาริกวินัย) หรือวินัยสำหรับ

บรรพชิต ซึ่งเป็นผู้ไม่ครองเรือน ประกอบด้วย 4 ด้าน
1) ไม่ละเมิดข้อบัญญัติต่างๆสำหรับพระภิกษุ คือ ศีล 227 ข้อ 2) การสำรวมอินทรีย์ คือ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ 3) การเลี้ยงชีพ หรือทำหน้าที่การทำงานที่ชอบ ในฐานะ บรรพชิต 4) การพิจารณาให้เห็นประโยชน์ ที่แท้จริงก่อนแล้วจึงพิจารณาบริโภคปัจจัยสี่ (อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค)²² ที่เป็น ข้อบัญญัติ ข้อห้าม ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพบางอย่างได้ เช่น การออกกำลังกายใน สถานที่สาธารณะ เป็นการไม่สำรวม ห้ามประกอบ อาหารตนเอง เป็นต้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พระสงฆ์ ชุมชนเมือง จังหวัดนครราชสีมา มี 3 ปัจจัย

ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนาย ได้ร้อยละ 38.5 สำหรับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ โดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การ บริโภคอาหารประเภททอด มันๆ อาหารสุกๆ ดิบๆ เครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาล และการสูบบุหรี่ หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน ควรส่งเสริมการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การสร้างความ ตระหนักรู้ให้กับประชาชนในการถวายอาหารแก่ พระสงฆ์ ส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการแก่พระสงฆ์ ในการเลือกชนิดอาหาร และควรศึกษาวิจัยในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการงดสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ต่อไป

Reference

1. National Office of Buddhism. Basic information on Buddhism [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 18]. Available from: <https://www.onab.go.th/th/content/category/detail/id/1278/iid/41469>. Thai.
2. All-awe W. Health of monks in the context of industrial communities. J Soc Res. 2014;37(2): 85-124.
3. PhraNatthawut Phanthali. Health care of Thai monks in the present day. Humanit Soc Sci Arts. 2021;3(1):14-25. Thai.
4. Orathai Khiaocharoen, Chatchon Prasertworakul, Tanwa Khattiyod, Chermanat Sriwongchai, Thayapa Srisirianun, Pongladda Lampu, et al. Outpatient service cost by disease from individual patient data: Phase 1 study. Sarapasan Somsas. 2023;1(7):100-12 [Internet]. [cited 2024 Oct 17]. Available from: <https://www.tcmc.or.th/ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกกรายโรคจากข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล-S0070>. Thai.
5. National Office of Buddhism. Basic information on Buddhism 2018–2110 [Internet]. [cited 2023 Apr 2]. Available from: <https://nma.onab.go.th/th/ebook/category/detail/id/1/iid/32>. Thai.
6. Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office. Annual report 2022. Nakhon Ratchasima: Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office; 2022. Thai.
7. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc; 2006.
8. House JS. Work stress and social support. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1981.

9. Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Academic Press; 1977.
10. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: principles and methods. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1995.
11. Hritai Phutthisaowapak. Predictive factors of health-promoting behaviors among elderly lung cancer patients [thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2004. Thai.
12. Phra Chonayanamuni. Adaptation of new-generation monks in the era of online society. Lampang Buddhist College J [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 2];11(1):195-213. Available from: <http://www.ojs.mcu.ac.th/index.php/lampang/index>. Thai.
13. Priest Hospital. Guidelines for physical activity and exercise for monks [Internet]. [cited 2023 Apr 2]. Available from: <https://priest-hospital.go.th/handBook/exercise/exercise.pdf>. Thai.
14. Hemra C. Principles and practice of physical fitness testing. 1st ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2018.
15. Autchariya Pongkaew, Rungrapa Panitrat, Chongjit Saneha, Sasima Kusuma Na Ayuthdaya, Tipapan Sangkapong. Developing a model for promoting healthy eating behaviors of monks: monks' perspectives. J Health Sci Res Boromarajonani Coll Nurs Nonthaburi. 2018;12(1): 81-91. Thai.
16. Nunthaporn Thonglim. Impact of workplace relationships and job insecurity on turnover intention through work happiness [thesis]. Nakhon Pathom: Silpakorn University; 2020 [Internet]. [cited 2023 Apr 2]. Available from: <http://ithesis-ir.su.ac.th/dspace/bitstream/123456789/3444/1/61602312.pdf>. Thai.
17. Phra Kru Suvichathammanat. Development of monks as spiritual leaders. Acad J Sisaket Rajabhat Univ [Internet]. 2018 [cited 2023 Apr 2];12(1):153-62. Available from: <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/bruj>. Thai.
18. Nitchawan Kerdcharoen, Yingrat Naviganuntana, Chaiporn Wisitpongaree. Stress and factors affecting stress levels of monks in Bangkok. Vajira Med J Urban Med. 2019;63(1):9-20 [Internet]. [cited 2023 Apr 2]. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/VMED/article/view/100306>. Thai.
19. Kem Mueangma. Stress management according to Buddhist principles. J Buddh Stud [Internet]. 2024 [cited 2023 Apr 22];3(1):45-60. Available from: <https://so10.tci-thaijo.org/index.php/JNBS/article/view/2197>. Thai.
20. Alongkorn Sukrueangku, Taweeluk Vannarit, Prathabjit Boonsoi, Pairojana Autstri. Predictive factors of health-promoting behaviors among monks in Chiang Rai province. J Nurs Sci. 2017;44(Suppl 2):1-12. Thai.

21. Aphaporn Paowattana, Surinthorn Klampakorn, Sunee Lakamphan, Tasanee Ravivorakul. Health promotion and disease prevention in the community: applying theoretical concepts to practice. 2nd ed. Bangkok: MN Compuoffset Co., Ltd; 2020. Thai.
22. Thai Health Project. Buddhism and health promotion. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2018. p. 92-117. Thai.

ผลการใช้รูปแบบการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย โดยประยุกต์ใช้สมรรถนะแห่งตนผ่านเว็บแอปพลิเคชันของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดปทุมธานี

ยุภา โผผา*	พยม. (พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
วิธราภรณ์ วงศ์สกุลกาญจน์**	ปร.ด (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)
ทัศนพร ชูศักดิ์***	ปร.ด (การจัดการบริการสุขภาพ)
พรณิ บัญชรหัตถกิจ***	ส.ด. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์)

(รับ: 10 มิถุนายน 2568, แก้ไข: 24 กันยายน 2568, ตอรับ: 4 ตุลาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของรูปแบบการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยโดยประยุกต์ใช้แนวคิดสมรรถนะแห่งตนผ่านเว็บแอปพลิเคชัน ที่มีต่อความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดปทุมธานี โดยใช้รูปแบบการทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง 45 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ดำเนินการศึกษาระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยรูปแบบการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุในชุมชน แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย และแบบประเมินความแข็งแรงและมวลกล้ามเนื้อ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ในช่วง 0.80–1.00 สำหรับค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้วิเคราะห์ด้วยสูตร Kuder-Richardson 20 ได้ค่าเท่ากับ 0.77 ส่วนแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย มีความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.96 และ 0.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.577, p < 0.001, 95\%CI = 1.95-3.68$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ($t = 2.13, p = 0.04, 95\%CI = 0.01-0.50$) พฤติกรรมการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยดีขึ้น ($t = 4.03, p < .0001, 95\%CI = 0.25-0.74$) รวมถึงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ($t = 10.79, p < 0.001, 95\%CI = 4.20-6.12$) และมวลกล้ามเนื้อ ($t = 2.11, p = 0.04, 95\%CI = 0.01-0.28$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า รูปแบบการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยโดยประยุกต์ใช้แนวคิดสมรรถนะแห่งตนผ่านเว็บแอปพลิเคชัน เป็นแนวทางที่สามารถส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย สมรรถนะแห่งตน ผู้สูงอายุ

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ

Corresponding e-mail.com ; yupa6510@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์

*** รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์

Effects of a Sarcopenia Prevention Model Applying Self-Efficacy via Web Application among Community-Dwelling Older Adults in Pathum Thani Province

Yupa Phopa*	M.N.S (Community Nurse Practitioner)
Watcharaporn Wongsakoonkan**	Ph.D. (Occupational Health and Safety)
Thassaporn Chusak***	Ph.D. (Health Service Management)
Pannee Banchonhattakit***	Dr.P.H. (Health Education and Behavioral Science)

(Received: June 10, 2025, Revised: September 24, 2025, Accepted: October 4, 2025)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the effects of a sarcopenia prevention model using the concept of self-efficacy through a web application. The outcomes included knowledge of sarcopenia prevention, self-efficacy perception, preventive behaviors, muscle strength, and muscle mass among older adults in a community in Pathum Thani Province. The study used a one-group pretest-posttest design. The sample consisted of 45 older adults selected using multi-stage random sampling. The intervention lasted 12 weeks. Research instruments included the sarcopenia prevention model, a knowledge test, a self-efficacy questionnaire, a preventive behavior questionnaire, and assessments of muscle strength and muscle mass. Content validity was confirmed by five experts, with a content validity index ranging from 0.80 to 1.00. The knowledge test showed a reliability of 0.77 using the Kuder-Richardson 20 formula. The self-efficacy and behavior questionnaires showed reliability coefficients (Cronbach's alpha) of 0.96 and 0.95, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and dependent t-tests.

The results showed that after the intervention, participants had significantly higher scores in knowledge ($t = 6.577$, $p < 0.001$, 95% CI = 1.95–3.68), self-efficacy ($t = 2.13$, $p = 0.04$, 95% CI = 0.01–0.50), preventive behaviors ($t = 4.03$, $p < 0.001$, 95% CI = 0.25–0.74), muscle strength ($t = 10.79$, $p < 0.001$, 95% CI = 4.20–6.12), and muscle mass ($t = 2.11$, $p = 0.04$, 95% CI = 0.01–0.28).

These findings indicate that the sarcopenia prevention model applying the concept of self-efficacy through a web application is effective in promoting health among older adults in the community.

Keywords: Sarcopenia, Self-efficacy, older adults

* Doctor of Public Health students, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage
** Asst. Prof, Faculty of Science and Technology, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani Province
*** Assoc.Prof, Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรโลกกำลังเข้าสู่ภาวะสูงวัยอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2565 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ถึง 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก สำหรับประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 และคาดว่าสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มถึงร้อยละ 28 ภายในปี พ.ศ. 2573¹ แนวโน้มนี้ส่งผลให้ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia) กลายเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญ ซึ่งเกิดจากการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและสมรรถภาพทางกาย และสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง การหกล้ม และอัตราการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ โดยประมาณหนึ่งในสามของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปทั่วโลก ประสบภาวะหกล้มในแต่ละปี² ประเทศไทยพบอัตราการความชุกภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยระหว่างร้อยละ 5.30 ถึง 16.10⁴ ในการจัดการภาวะนี้การฝึกใช้แรงต้านได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีหลัก แต่มีข้อจำกัดหากใช้เพียงอย่างเดียว งานวิจัยพบว่า การผสมผสานระหว่างการฝึกออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านและการเสริมโปรตีนให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่า⁵

การศึกษาที่ผ่านมาสนับสนุนการจัดการแบบผสมผสาน โดยเฉพาะการบูรณาการการฝึกแรงต้านและแอโรบิกร่วมกับการเสริมโภชนาการ ซึ่งส่งผลดีต่อมวลกล้ามเนื้อและสมรรถภาพทางกาย⁶ ผลลัพธ์ของงานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นผลทางสรีรวิทยา ขณะที่องค์ประกอบด้านพฤติกรรมและจิตวิทยายังได้รับการศึกษาไม่เพียงพอ งานวิจัยนี้จึงสนใจผลลัพธ์ด้านความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกัน ความแข็งแรงและมวลกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญต่อการลดความเสี่ยงภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย โดยเน้นผู้ที่มีความแข็งแรงกล้ามเนื้อต่ำเป็นอันดับแรก เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดหลักในการทำนายความพิการ การหกล้ม และการเสียชีวิต ซึ่งตามเกณฑ์ Asian Working Group for Sarcopenia จัดอยู่ใน

ระยะ possible sarcopenia ซึ่งถือเป็นช่วงก่อนการสูญเสียมวลกล้ามเนื้ออย่างชัดเจนและยังสามารถฟื้นฟูได้ หากได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุในชุมชน⁷ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยอาศัยแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการขับเคลื่อนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีงานวิจัยระบุว่า การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกาย⁸ และแบบแผนอาหาร⁹ ในทางเชิงปฏิบัติ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล โดยเฉพาะเว็บแอปพลิเคชันและ Line Official Account ช่วยเพิ่มศักยภาพของรูปแบบด้วยคุณลักษณะด้านการขยายขอบเขต ความต่อเนื่อง และความคุ้มค่า ทั้งยังทำหน้าที่เป็นช่องทางสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ และระบบแจ้งเตือนที่เข้าถึงได้ง่าย มีหลักฐานสนับสนุนว่า แอปพลิเคชัน mHealth interventions เพิ่มการยึดมั่นต่อการออกกำลังกาย^{10,11} และการใช้งาน LINE Official Account ช่วยเพิ่มความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการมีสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย แม้ว่าการศึกษานี้ไม่มุ่งเน้นเฉพาะด้านการออกกำลังกาย แต่ก็ชี้ให้เห็นว่าการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิตและการดูแลสุขภาพในกลุ่มนี้ได้¹² ดังนั้น คาดว่าการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ากับแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุในชุมชนได้ และขับเคลื่อนด้วยวงจรป้อนกลับเพื่อปรับแผนรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ทั้ง 5 ผลลัพธ์พัฒนาไปพร้อมกันอย่างสอดคล้องและยั่งยืน

จังหวัดปทุมธานี มีประชากรรวมในปี 2566 ทั้งหมด 1,201,532 คน มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 16.45 ของประชากรทั้งหมด และจากการ

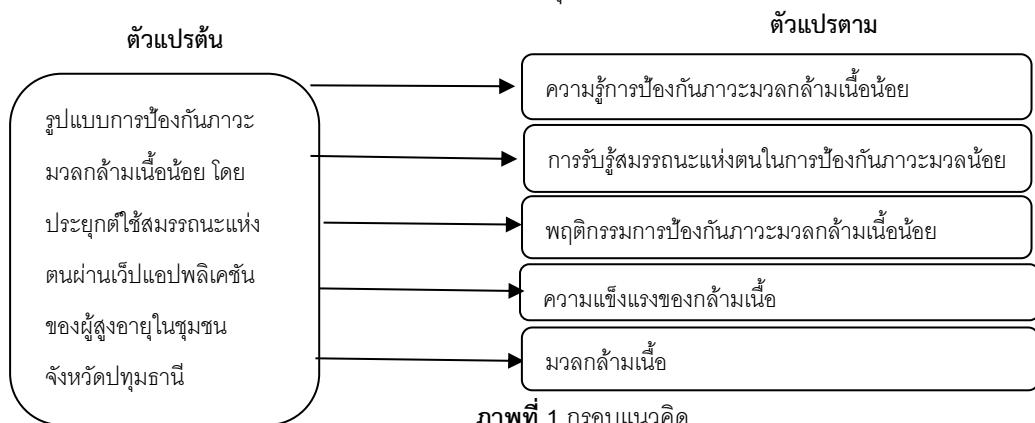
วิเคราะห์แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี ทำให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2562 ถึง ปี พ.ศ. 2566 คิดเป็น ร้อยละ 13.82, 14.49, 15.07, 15.68 และ 16.45 ตามลำดับ¹³ แสดงถึงการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยที่เหมาะสมกับชุมชน โดยบูรณาการเทคโนโลยีเว็บแอปพลิเคชัน เข้ากับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเสริมสร้างกล้ามเนื้อ และดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้แนวทางด้านการออกกำลังกายและโภชนาการได้รับการแนะนำอย่างแพร่หลาย แต่ยังคงขาดรูปแบบที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในระดับชุมชน การศึกษานี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบที่บูรณาการเทคโนโลยี เข้ากับพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อเติมเต็มช่องว่างของการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุของประเทศไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบผลของรูปแบบการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ต่อความรู้การป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันภาวะมวลน้อยและพฤติกรรมในการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดปทุมธานี

สมมติฐานวิจัย

1. คะแนนความรู้การป้องกันภาวะมวล



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

กล้ามเนื้อน้อยหลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย หลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยหลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นหลังการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ค่าเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นหลังการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้พัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุชุมชนจังหวัดปทุมธานี โดยบูรณาการทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน¹⁴ ผ่านเว็บแอปพลิเคชัน ผ่าน 4 แหล่งกำเนิด ได้แก่ (1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (2) การใช้ตัวแบบ (3) การชักจูงด้วยคำพูด และ (4) การควบคุมสภาวะทางกายและอารมณ์ กลไกเหล่านี้ช่วยเพิ่มความรู้การป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันภาวะมวลน้อยและพฤติกรรมในการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ส่งผลต่อความแข็งแรงและมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุในชุมชน ดังภาพที่ 1

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design) เพื่อประเมินรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นในบริบทชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในตำบลคลองหก อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีจำนวน 2,742 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ 45 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดการทดสอบเป็น t-test แบบ dependent เลือกการวิเคราะห์แบบ priori ตั้งค่าอำนาจสถิติที่ 0.95 ค่า alpha ที่ 0.05 และขนาดอิทธิพลปานกลางที่ 0.5 ตามเกณฑ์ของโคเฮน¹⁵ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มหลายขั้นตอน โดยสุ่มเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหก สุ่มเลือกหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ 2 หมู่บ้าน และคัดกรองความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยวัดแรงบีบมือตามแนวทาง Asian Working Group for Sarcopenia⁷ ผู้ที่มีค่าแรงบีบมือต่ำกว่าเกณฑ์ (ชาย < 28 กิโลกรัม หญิง < 18 กิโลกรัม) ถูกนำเข้าสู่การจับฉลาก เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ อายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในพื้นที่ 1 ปีขึ้นไป มีค่าแรงบีบมือต่ำ เดินได้ด้วยตนเอง สื่อสารภาษาไทยได้ มีอุปกรณ์เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต และยินยอมเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้พิการแขนหรือขา มีโรคเรื้อรังรุนแรง เช่น มะเร็งระยะลุกลาม หัวใจล้มเหลว ไตวายระยะ 4-5 ตับแข็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคระบบประสาทที่รบกวนการเคลื่อนไหวหรือความจำ เบาหวานควบคุมไม่ได้ ไข้ยาเสพติดเรื้อรัง มีความบกพร่องทางการมองเห็นหรือการได้ยินรุนแรง และมีเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ

เครื่องมือวิจัย มีดังนี้

1. รูปแบบการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อ

เนื่อน้อย ดำเนินการ 4 กิจกรรม ระยะ 12 สัปดาห์ ตามแนวคิดสมรรถนะแห่งตนของ Bandura โดยบูรณาการแหล่งการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน 4 แหล่งผ่านเว็บแอปพลิเคชันและ LINE OA เพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นผู้สูงอายุในการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย รูปแบบผ่านความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ 7 ท่าน ได้แก่ พยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลชุมชน 2 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และผู้เชี่ยวชาญด้านเว็บแอปพลิเคชันอย่างละ 1 ท่าน ก่อนทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย มีดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การประเมินความเสี่ยง (สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 15 นาทีต่อคน) กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย แบบบรรยายบุคคลผ่านเว็บไซต์ www.stronglife60plus.com โดยทีมวิจัยเข้าพื้นที่ในชุมชนเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และสอบถามพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย เป็นต้น ข้อมูลบันทึกในระบบออนไลน์เพื่อคำนวณความน่าจะเป็นของความเสี่ยงด้วยสมการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ ใช้ตัวแปรอิสระ 3 ตัว ได้แก่ เพศ (หญิง=0 ชาย=1) ดัชนีมวลกาย และกิจกรรมทางกาย (เพียงพอ=0 ไม่เพียงพอ=1) ผลการตรวจสอบสมการพบมีความแม่นยำ ร้อยละ 87.80 และผ่านการประเมินความสอดคล้องของรูปแบบด้วย Hosmer-Lemeshow Test ($p=0.085$) ยืนยันความเหมาะสมเชิงสถิติ และผู้วิจัยประเมินมวลกล้ามเนื้อของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อรวมผลการวิเคราะห์ทั้งจากโมเดลถดถอยโลจิสติกและค่าการวัดมวลกล้ามเนื้อแล้วสามารถจำแนกระดับความเสี่ยงได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ (1) ระดับเสี่ยงสูง หมายถึง ความน่าจะเป็นมากกว่าร้อยละ 61.00 หรืออยู่ระหว่างร้อยละ 31.00–60.00 ร่วมกับการมีภาวะมวลกล้ามเนื้อต่ำ (2) ระดับเสี่ยงปานกลาง หมายถึง ความน่าจะเป็นร้อยละ 31.00–

60.00 หรือมีค่าความน่าจะเป็นน้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30.00 แต่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก./ม² และ (3) ระดับเสียงต่ำ หมายถึง ความน่าจะเป็นน้อยกว่าร้อยละ 30.00 โดยไม่เข้าข่ายตามเกณฑ์ข้างต้น

กิจกรรมที่ 2 การวางแผนการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 15 นาทีต่อคน) ดำเนินการในพื้นที่ชุมชนต่อเนื่องจากการประเมินความเสี่ยงรายบุคคลในกิจกรรมที่ 1 ผลการจำแนกระดับความเสี่ยงถูกนำมาใช้เป็นข้อมูลตั้งต้นในการจัดทำแผนป้องกันเฉพาะราย โดยผู้วิจัยดำเนินการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา อธิบายขั้นตอนการดำเนินงานของรูปแบบ และสาธิตการใช้งานระบบดิจิทัล ได้แก่ เว็บไซต์ www.stronglife60plus.com และระบบ LINE OA ซึ่งทำหน้าที่เป็นช่องทางสื่อสารหลักและเครื่องมือสนับสนุนการติดตามผล ทั้งนี้ยังมีการแจ้งช่องทางติดต่อเพื่อเสริมการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง เว็บไซต์ถูกออกแบบให้เป็นฐานข้อมูลกลางประกอบด้วย 3 ฟังก์ชันหลัก ได้แก่ ห้องความรู้ ประกอบด้วย พอดแคสต์ 24 ตอน เกี่ยวกับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย การป้องกันและการฟื้นฟู ตลอดจนบทความด้านสุขภาพกล้ามเนื้อ ห้องฟิตกล้ามเนื้อ จัดทำวิดีโอการออกกำลังกายผสมผสาน 5 ชุด ปรับตามระดับความก้าวหน้า พร้อมบทความสนับสนุนและห้องกินดี กล้ามเนื้อแข็งแรง จัดทำสูตรและวิดีโอสาธิตการเตรียมเครื่องดื่มโปรตีน รวมถึงบทความโภชนาการ ส่วนระบบ LINE OA ถูกตั้งค่าเพื่อสื่อสารและกระตุ้นการมีส่วนร่วม โดยใช้ข้อความ ข้อความเสียง คลิปวิดีโอ และการแจ้งเตือน และมอบวัสดุอุปกรณ์เบื้องต้นที่หาซื้อได้ง่ายในชุมชน ได้แก่ ยางยืดแรงต้าน 5 กิโลกรัมสำหรับฝึกกล้ามเนื้อ และผลิตภัณฑ์นมถั่วเหลือง ถั่วเหลืองถั่วแดงงา และเมล็ดเจียเป็นต้น เพื่อเป็นตัวอย่างอาหารเสริมโปรตีน โดยแผนการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยถูกจำแนก

ตามระดับความเสี่ยงดังนี้ กลุ่มเสี่ยงสูง ได้รับการส่งเสริมการฝึกออกกำลังกายแบบผสมผสาน (ฝึกใช้แรงต้าน 4-6 ท่า ท่าละ 3 เซต เซตละ 10-12 ครั้ง ร่วมกับการฝึกทรงตัว การยืดเหยียด และการฝึกหายใจ) สัปดาห์ละ 2 วัน พร้อมเสริมการเดินเร็ว 20-30 นาที ในวันที่ไม่มีการฝึกออกกำลังกายแบบผสมผสาน แจ้งเตือนให้ดื่มเครื่องดื่มโปรตีนสูงหลังการฝึก โดยมีสูตรและคลิปวิดีโอประกอบ เสริมด้วยพอดแคสต์สัปดาห์ละ 2 ตอน และการแจ้งเตือนก่อนนอนอย่างน้อย 1 ชั่วโมงพร้อมบทสวดมนต์หรือดนตรีผ่อนคลาย กลุ่มเสี่ยงปานกลางได้รับการส่งเสริมเช่นเดียวกับกลุ่มเสี่ยงสูง ยกเว้นการแจ้งเตือนการดื่มเครื่องดื่มโปรตีนสูง ส่วนกลุ่มเสี่ยงต่ำได้รับการส่งเสริมการเดินออกกำลังกายทุกวัน ร่วมกับการฟังพอดแคสต์ และการแจ้งเตือนก่อนนอนเพื่อสร้างวินัยการพักผ่อนอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 3 การดำเนินตามแผน เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ วันละประมาณ 15 นาที (จันทร์-ศุกร์) โดยใช้รูปแบบผสมผสานระหว่างกิจกรรมออนไลน์และออนไซต์ โดยกิจกรรมออนไลน์ผ่านเว็บไซต์ www.stronglife60plus.com และ LINE OA ทำหน้าที่เป็นฐานข้อมูลสุขภาพและผู้ช่วยเตือนใจเพื่อกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมหลัก 5 ด้านตามตารางเวลาที่กำหนด ได้แก่ การฝึกออกกำลังกายแบบผสมผสาน (แจ้งเตือน 06.30 น. อังคาร/พฤหัสบดี) การเดินเร็ว (แจ้งเตือน 06.30 น. ทุกวัน สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่ำ จันทร์ พุธ ศุกร์ สำหรับกลุ่มเสี่ยงปานกลาง และสูง) การบริโภคเครื่องดื่มโปรตีนสูง (ส่งสูตรจันทร์ 08.00 น. และแจ้งเตือนเสริม อังคาร ถึง พฤหัสบดี สำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง) การฟังพอดแคสต์ (08.00 น. พุธ ศุกร์) การบันทึกความก้าวหน้า (18.00 น. อังคาร พฤหัสบดี) แจ้งเตือนก่อนนอน (21.00 น. จันทร์ถึงศุกร์) และแจ้งกิจกรรมประจำสัปดาห์ (จันทร์ 08.00 น.) ผู้วิจัยเปิดช่องทางให้คำปรึกษาผ่านระบบแชตของ

LINE OA และส่งข้อความให้กำลังใจพร้อมจัดรางวัลสุขภาพเพื่อเป็นการโน้มน้าวทางวาจาและสังคม ในช่องทางออนไลน์ มีการให้คำปรึกษารายบุคคลในสัปดาห์ที่ 6 และ 12 อิงจากผลประเมินมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรง รวมถึงจัดกิจกรรมสาธิตในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อฝึกท่าทางการออกกำลังกายแบบผสมผสานและสาธิตเมนูเครื่องดื่มโปรตีนสูง รวมถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้อื่น

กิจกรรมที่ 4 การติดตามและประเมินผล

ดำเนินการตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ เพื่อติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลลัพธ์ ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมบันทึกพฤติกรรมสุขภาพผ่าน LINE OA ประมาณ 5 นาที ในทุกวันอังคารและพฤหัสบดี เวลา 18.00 น. และสัปดาห์ที่ 6 และ 12 มีการติดตามประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยเครื่องวัดแรงบีบมือ และวัดมวลกล้ามเนื้อด้วยเครื่องวิเคราะห์องค์ประกอบร่างกายใช้เวลาประมาณ 15 นาทีต่อคน มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความก้าวหน้าและใช้ประกอบการให้คำปรึกษารายบุคคลอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นการเสริมสร้างประสบการณ์ความสำเร็จให้กับผู้เข้าร่วม และมีการเก็บข้อมูลแบบสอบถามและแบบทดสอบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ เพื่อวัดผลด้านความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาทีต่อคน

2. แบบสอบถามรูปแบบการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย โดยประยุกต์ใช้สมรรถนะแห่งตน ผ่านเว็บไซต์แอปพลิเคชันของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดปทุมธานี ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนักส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ 2) แบบทดสอบความรู้การป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย เป็นคำถามปลายปิดเลือกตอบถูกหรือผิด 20 ข้อ เกณฑ์ค่าคะแนน¹⁶ แบ่ง 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80-100 อยู่ในระดับสูง

ร้อยละ 60-79 ระดับปานกลาง และต่ำกว่าร้อยละ 60 ระดับต่ำ 3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย 20 ข้อ เลือกตอบแบบมาตราประมาณค่า 5 ตัวเลือก ได้แก่ ความเชื่อมั่นมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ เกณฑ์การแปล¹⁷ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 66.67-100 ระดับสูง 33.34-66.66 ระดับปานกลาง และ 1.00-33.33 ระดับต่ำ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย 20 ข้อ เลือกตอบแบบมาตราประมาณค่า 5 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ เกือบทุกครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติ ให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ เกณฑ์การแปล¹⁷ คือ ค่าเฉลี่ย 66.67-100 ระดับสูง 33.34-66.66 ระดับปานกลาง และ 1.00-33.33 ระดับต่ำ

3. แบบบันทึกการทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ประเมินด้วยวัดแรงบีบมือ โดยใช้เครื่องมือวัดแรงบีบมือ (Hand grip dynamometer) วัดได้ 5-100 กิโลกรัม ขั้นตอนการประเมิน 1) ผู้ถูกทดสอบยืนตรง หัวไหล่แนบชิดลำตัว ข้อศอกเหยียดสุด ถืออุปกรณ์ในข้างที่ถนัด ระหว่างทดสอบ อย่าให้มือหรือเครื่องวัดถูกร่างกาย 2) ผู้ทดสอบออกแรงเต็มที่โดยทดลองทำ 1 ครั้ง แล้วทดสอบ 2 ครั้ง 3) บันทึกค่าที่ได้มากที่สุด การแปลผล คือ เพศชายมีค่าแรงบีบมือต่ำกว่า 28 กิโลกรัม เพศหญิงมีค่าแรงบีบมือต่ำกว่า 18 กิโลกรัม⁷

4. แบบบันทึกการประเมินมวลกล้ามเนื้อ ใช้เครื่องมือ Bioelectrical Impedance Analysis (BIA) มีขั้นตอนการประเมิน ดังนี้ 1) ผู้ถูกประเมินงดน้ำและอาหารก่อนทดสอบ 4-6 ชั่วโมง 2) งดออกกำลังกายอย่างน้อย 24 ชั่วโมง 3) ปัสสาวะก่อนเข้ารับการทดสอบ 4) ถอดถุงเท้าและวัสดุโลหะออกจากร่างกาย 5) ยืนตรงบนแผ่นอิเล็กโทรด 6) เครื่องชั่งน้ำหนักอัตโนมัติพร้อมกรอกข้อมูลส่วนสูง

อายุ และเพศ จากนั้นผู้ถูกวัดใช้มือจับอุปกรณ์ให้นิ้วมือล้อมรอบที่จับพอดี 7) ยืนนิ่งประมาณ 1 นาทีเพื่อให้เครื่องประมวลผล 8) พิมพ์ผลมวลกล้ามเนื้อปราศจากไขมัน (Lean Body Mass) ของแขนและขา แล้วนำมาหาค่ามวลกล้ามเนื้อโครงร่างส่วนปลาย (Relative Appendicular Skeletal Muscle Mass: RASM) คำนวณจากผลรวมมวลกล้ามเนื้อแขนและขาทั้งสองข้าง (กิโลกรัม)หารด้วยค่าส่วนสูงยกกำลังสอง (เมตร²) หน่วยเป็นกิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยเกณฑ์การแปลผลกำหนดว่ามีมวลกล้ามเนื้อต่ำเมื่อเพศชายมีค่า < 7.0 กก./ม² และเพศหญิง < 5.7 กก./ม² ⁷

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Item–Objective Congruence: IOC) ของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้การป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย มีค่าระหว่าง 0.80–1.00 ค่าความเชื่อ (Reliability) ได้จากการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย 30 คน ในพื้นที่โรงพยาบาลธัญบุรี พบว่า แบบทดสอบความรู้ได้ค่า Kuder–Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ 0.77 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมีค่า Cronbach's Alpha 0.96 และ 0.95 ตามลำดับ

จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ ขออนุมัติจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในคน จากคณะกรรมการ จังหวัดปทุมธานี ได้รับการอนุมัติเลขที่ PPHO-REC 2567/36 เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2567 พิกษสิทธิ์กลุ่ม

ตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ที่พึงได้ และผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยและนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย มีขั้นตอนดังนี้ 1) ยื่นขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดปทุมธานี และประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุข อำเภอคลองหลวง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหก 2) ผู้วิจัยแนะนำตน อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมจัดทำหนังสือแสดงความยินยอม และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล 3) เก็บรวบรวมข้อมูลในเว็บไซต์ www.stronglife60plus.com เพื่อจำแนกระดับความเสี่ยง 4) วางแผนป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายการดำเนินงาน 12 สัปดาห์ และสาธิตการใช้เว็บไซต์ และ LINE OA 5) ดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่กำหนด 12 สัปดาห์ แบบผสมผสานออนไลน์และออนไซต์ 6) ติดตามประเมินผลสัปดาห์ที่ 6 และ 12 โดยประเมินความแข็งแรงและมวลกล้ามเนื้อ 7) หลังสัปดาห์ที่ 12 เก็บรวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล 8) กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและผู้เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ระดับความรู้ ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาเป็นจำนวน และร้อยละ ส่วนความรู้การป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันภาวะมวลน้อยและพฤติกรรมการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และมวลกล้ามเนื้อ วิเคราะห์เป็นค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อตรวจสอบผลของการเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อ

น้อย โดยก่อนการวิเคราะห์ได้ทำการทดสอบสมมติฐานการแจกแจงปกติของข้อมูลทุกตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกัน ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และมวลกล้ามเนื้อ ด้วยวิธี Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลไม่แตกต่างจากการแจกแจงปกติ ($p > .05$) จึงยืนยันความเหมาะสมของการใช้สถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 45 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.22 อายุเฉลี่ย 66.36 ปี ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.04 ปี สถานภาพสมรสเป็นผู้ที่มีคู่สมรส ร้อยละ 53.33 และการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35.56 มีโรคประจำตัวและใช้ยาเป็นประจำ ร้อยละ 62.22 การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย พบว่า อยู่ในระดับเสี่ยงปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 62.22 รองลงมา คือ ระดับเสี่ยงต่ำและระดับเสี่ยงสูง ร้อยละ 28.89 และ 8.89 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วมมีความรู้เกี่ยวกับ

การป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยระดับสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 11.11 เป็นร้อยละ 60.00 ขณะที่ความรู้ระดับปานกลางและต่ำลดลง และคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 13.33 เป็น 16.15 หรือเพิ่มขึ้น ร้อยละ 21.15 ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย พบว่า หลังเข้าร่วมอยู่ในระดับสูงเพิ่มเป็นร้อยละ 68.89 และไม่มีผู้ใดอยู่ในระดับต่ำ ขณะที่ระดับปานกลางลดลงเหลือร้อยละ 31.11 และค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังเข้าร่วมเพิ่มขึ้นจาก 67.09 เป็น 72.27 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 7.67 ด้านพฤติกรรมการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย หลังเข้าร่วมค่าเฉลี่ยพฤติกรรมระดับต่ำลดลงเหลือร้อยละ 2.22 ขณะที่ระดับสูงเพิ่มเป็นร้อยละ 51.11 และระดับปานกลางลดลงเหลือร้อยละ 46.67 รวมทั้ง ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 64.02 เป็น 70.09 คิดเป็นร้อยละ 9.48 นอกจากนี้ หลังเข้าร่วมรูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นจาก 18.20 กิโลกรัม เป็น 23.36 กิโลกรัม หรือเพิ่มขึ้น ร้อยละ 28.40 ขณะที่มวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 6.43 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เป็น 6.57 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือเพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.20 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกัน ความแข็งแรง และมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วม (n=45)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วม จำนวน (%)	หลังเข้าร่วม จำนวน (%)
1. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย		
ระดับต่ำ (น้อยกว่า ร้อยละ 60)	7(15.56)	1(2.22)
ระดับปานกลาง (ระหว่างร้อยละ 60-79)	33(73.33)	17(37.78)
ระดับสูง (มากกว่า ร้อยละ 80)	5(11.11)	27(60.00)
ค่าเฉลี่ย (Mean(SD))	13.33(2.01)	16.15(2.24)
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย		
ระดับต่ำ (1.00 -33.33)	1(2.20)	0(0.00)
ระดับปานกลาง (33.34-66.66)	21(46.70)	14(31.11)
ระดับสูง (66.67-100)	23(51.10)	31(68.89)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วม จำนวน (%)	หลังเข้าร่วม จำนวน (%)
ค่าเฉลี่ยโดยรวม (Mean(SD))	67.09(13.71)	72.24(11.04)
3. พฤติกรรมการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย		
ระดับต่ำ (1.00–33.33)	5(11.11)	1(2.22)
ระดับปานกลาง (33.34–66.66)	25(55.56)	21(46.67)
ระดับสูง (66.67–100)	15(33.33)	23(51.11)
ค่าเฉลี่ย(Mean(SD))	64.02(16.79)	70.09(12.16)
4. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Mean(SD))	18.20(3.95)	23.36(5.89)
5. มวลกล้ามเนื้อ (Mean(SD))	6.43(1.02)	6.57(1.07)

หมายเหตุ Mean = ค่าเฉลี่ย, SD=ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย โดยประยุกต์ใช้สมรรถนะแห่งตนผ่านเว็บไซต์แอปพลิเคชันของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดปทุมธานี ด้วยสถิติ Paired t-test ผลวิเคราะห์ พบว่า ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.01$ ($p < 0.0001$, 95% CI: 4.20–6.12) รองลงมาคือ ความรู้การป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.01$ ($p < 0.0001$,

95% CI: 1.95–3.68) พฤติกรรมการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.01$ ($p=0.016$, 95% CI: 1.20–10.93) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ ($p=0.039$, 95% CI: 0.27–10.04) และมวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $<.05$ ($p=0.04$, 95% CI: 0.01–0.28) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย โดยประยุกต์ใช้สมรรถนะแห่งตนผ่านเว็บไซต์แอปพลิเคชันของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดปทุมธานี (n=45)

ตัวแปร	Mean	SD	df	t	p-value	95%CI
1.ความรู้การป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย						
ก่อน	13.33	2.01	44	6.57	<.0001**	1.95-3.68
หลัง	16.15	2.24				
2.การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันภาวะมวลน้อย						
ก่อน	67.09	13.71	44	2.13	.039*	0.27-10.04
หลัง	72.24	11.04				
3.พฤติกรรมการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย						
ก่อน	64.02	16.79	44	2.51	.016*	1.20-10.93
หลัง	70.09	12.16				
4.ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุในชุมชน						
ก่อน	18.20	3.95	44	10.79	<.0001**	4.20-6.12
หลัง	23.36	5.89				
5.มวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุในชุมชน						

ตัวแปร	Mean	SD	df	t	p-value	95%CI
ก่อน	6.43	1.02	44	2.11	.04*	0.01-0.28
หลัง	6.57	1.07				

* $p < .05$, ** $p < .01$

การอภิปรายผลวิจัย

ผลการวิจัยรูปแบบการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยโดยประยุกต์ใช้แนวคิดสมรรถนะแห่งตนผ่านเว็บแอปพลิเคชัน พบว่า หลังการใช้รูปแบบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกัน ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และมวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า การเพิ่มขึ้นของความรู้เกิดจากกิจกรรมที่ออกแบบตามหลักการเรียนรู้เชิงปฏิสัมพันธ์ ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุผ่านการเรียนรู้ทั้งออนไลน์และออนไซต์ กิจกรรมถ่ายทอดความรู้เชิงทฤษฎีเชื่อมโยงกับประสบการณ์ในชีวิตประจำวัน เช่น การฝึกลุกจากเก้าอี้ การเดินขึ้นลงบันได และการเลือกบริโภคอาหารโปรตีนสูงจากแหล่งในชุมชน การเรียนรู้ช่วยให้ผู้สูงอายุตีความความรู้ในบริบทของตนเอง เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และฝึกทักษะในสถานการณ์จริง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ยืนยันว่าการเรียนรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์ส่งเสริมความรู้เชิงลึกและเป็นฐานต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาว¹⁷

การวิจัยนี้ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มขึ้น เป็นผลจากกลไกส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าสามารถดูแลสุขภาพตนได้ ผ่านการประเมินตนเองและตั้งเป้าหมายสุขภาพเฉพาะราย โดยเริ่มจากเป้าหมายขนาดเล็ก แล้วค่อยขยายความเข้มข้นตามสมรรถภาพ มีระบบติดตามและให้ข้อมูลย้อนกลับผ่าน LINE OA และการให้คำปรึกษาแบบออนไซต์ การที่ผู้สูงอายุได้เห็นพัฒนาการจากที่บ้านที่สุขภาพ ผลประเมินแรงบีบมือและมวล

กล้ามเนื้อ ทำให้เกิดประสบการณ์ความสำเร็จ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การเห็นแบบอย่างจากวิดีโอและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มตัวอย่างช่วยเสริมประสบการณ์ ส่วนการได้รับคำแนะนำ การชื่นชม และรางวัลเมื่อทำสำเร็จ เป็นการเสริมแรงทางสังคมที่กระตุ้นความพยายาม การส่งข้อความเตือน ความรู้สุขภาพ และเทคนิคผ่อนคลายก่อนนอน เป็นกลยุทธ์จัดการอารมณ์ที่ช่วยลดความวิตกกังวล เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมั่นใจในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพโดยไม่รู้ตัวถึงกบบังคับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ยืนยันว่าการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบผสมผสานมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและความรู้สึกมีอำนาจควบคุมตนเองของผู้สูงอายุ^{19,20}

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านการฝึกออกกำลังกาย การเดินเร็ว การบริโภคโปรตีน และการนอนหลับที่มีคุณภาพ ซึ่งอาจเป็นผลจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มขึ้น นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับวิจัยที่ระบุว่า พฤติกรรมสุขภาพจะเปลี่ยนแปลงได้เมื่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการติดตามผลได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบ²¹ นอกจากนี้ การศึกษานี้ได้มีการกำหนดเป้าหมายของกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมกำหนดเอง และได้รับการติดตามผ่าน LINE OA รวมถึงการให้คำปรึกษาออนไซต์ และการเสริมแรงในรูปแบบต่าง ๆ มีผลต่อความต่อเนื่องของพฤติกรรม สอดคล้องกับวิจัยที่ระบุว่า การวางเป้าหมายสุขภาพร่วมกับการติดตามพฤติกรรมรายบุคคลผ่านการให้คำปรึกษา มีผลชัดเจนในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนใน

ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการออกกำลังกายและการควบคุมพฤติกรรมการกิน²²

ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลจากการออกแบบกิจกรรมที่ผสมผสานหลักทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนเข้ากับองค์ประกอบทางสรีรวิทยา โดยเฉพาะกลไกการปรับตัวของระบบประสาทกล้ามเนื้อ ที่ช่วยให้ร่างกายกระตุ้นใยกล้ามเนื้อได้มีประสิทธิภาพขึ้น ทั้งในด้านการเรียกใช้มอเตอร์ยูนิต ความถี่ของการยิงสัญญาณประสาท และการประสานงานของกล้ามเนื้อ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เกิดขึ้นได้ภายใน 2-4 สัปดาห์แรกของการฝึก โดยไม่จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงขนาดของกล้ามเนื้อ โปรแกรมการฝึกแรงต้านที่เน้นการเพิ่มภาระอย่างค่อยเป็นค่อยไป พร้อมสื่อการฝึกที่ปรับระดับความยากได้ การประเมินผลทุก 6 สัปดาห์ และการให้คำปรึกษา ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมเกิดแรงจูงใจและความต่อเนื่องในการฝึก ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานที่พบว่า ความแข็งแรงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญภายใน 8-12 สัปดาห์แรก แม้ว่าการขยายขนาดของกล้ามเนื้ออาจยังไม่ชัดเจนในช่วงเวลาดังกล่าว¹⁸

มวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่มีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนกลไกระดับโครงสร้างที่ค่อยเป็นค่อยไป โดยเฉพาะการกระตุ้นการสังเคราะห์โปรตีนในกล้ามเนื้อ ซึ่งเสริมด้วยการฝึกแรงต้านและการได้รับโปรตีน 20-30 กรัมภายใน 30-60 นาทีหลังออกกำลังกาย แม้การตอบสนองต่อโปรตีนในวัยนี้จะลดลงจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและภาวะต่อต้านการสังเคราะห์โปรตีน แต่การดำเนินการที่สม่ำเสมอสามารถช่วยให้เกิดผลการเพิ่มมวลกล้ามเนื้อได้ งานวิจัยยืนยันว่าผู้สูงอายุสามารถเพิ่มมวลกล้ามเนื้อได้ในระยะเวลา 8-12 สัปดาห์ เมื่อฝึกแบบแรงต้านร่วมกับโปรตีนอย่างเหมาะสม²³ และพบว่าค่าเฉลี่ยของมวลกล้ามเนื้อโดยการวัดเส้นรอบร่อนในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ²⁴ จุดแข็ง

ของโปรแกรมคือการสื่อสารที่อิงจากผลประเมินจริง ทำให้การฝึกเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตและสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในการป้องกันภาวะกล้ามเนื้อเสื่อม

ผลลัพธ์ทั้ง 5 ด้านจากรูปแบบเกี่ยวโยงกันเป็นวงจรเสริมแรง โดยเริ่มจากการให้ความรู้เรื่องภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักรู้และประเมินตนเอง เกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถป้องกันได้ นำไปสู่การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูงขึ้น รูปแบบกิจกรรมทั้งออนไลน์และออนไซต์ให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน ใช้เป้าหมายที่ทำได้จริงและติดตามต่อเนื่อง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเห็นความแข็งแรงและมวลกล้ามเนื้อที่เพิ่มขึ้น ยิ่งตอกย้ำประสิทธิภาพเกิดแรงจูงใจภายในที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าความรู้และผลลัพธ์ที่ประจักษ์เป็นรากฐานพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ และงานวิจัยที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะช่วยเพิ่มพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม²⁵

ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

ข้อสรุป หลังการเข้าร่วมรูปแบบการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยก็ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านสมรรถภาพทางกาย พบว่า ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง นอกจากนั้น มวลกล้ามเนื้อยังเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ยังคงอยู่ในระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้ มีดังนี้ 1) การคัดกรองเชิงรุกด้วยเทคโนโลยี ใช้แอปพลิเคชันประเมินความเสี่ยงในชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อ

คัดกรองผู้สูงอายุและเชื่อมโยงกับโปรแกรมป้องกัน
2) การให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล ตรวจคัดกรอง
ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกายต่ำหรือมีความเสี่ยง
เพื่อปรับโปรแกรมการออกกำลังกาย 3) หน่วยงาน
สุขภาพสามารถให้รูปแบบการป้องกันในชุมชน
เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบูรณาการกิจกรรม
ออนไลน์กับภาคสนาม

การทำวิจัยครั้งต่อไป มีดังนี้ 1) ศึกษา
ประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว (≥ 6 เดือน) เพื่อ
ประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพและมวล

กล้ามเนื้อ 2) ศึกษาวิธีการถ่ายทอดความรู้ที่
เปลี่ยนแปลงความเชื่อได้อย่างยั่งยืน และเปรียบเทียบ
ผลการสอนแบบกลุ่มกับการได้ชารายบุคคล

ข้อจำกัดและประโยชน์ของการวิจัย

รูปแบบนี้ยังเป็นต้นแบบที่ต้องปรับปรุง
มีข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีและการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต
ของผู้สูงอายุ และศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก
อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้เสนอรูปแบบการป้องกัน
ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยที่ผสมผสานกับเทคโนโลยี
ดิจิทัล เพื่อพัฒนาสู่การใช้จริงในชุมชน

References

1. Department of Older Persons. Situation of Thai older persons 2022. Bangkok: Amarin Corporation Public Company Limited; 2023. Thai.
2. Appeadu MK, Bordoni B. Falls and fall prevention in older adults. In: *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing. 2023 [cited 2025 Oct 1]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560761/>.
3. Sanguankittiphan P, Limpawattana P, Chupanit P, Kelly M, Thinkhamrop K. Sarcopenia and associated factors among Thai community-dwelling older adults. *International Journal of Gerontology*. 2021;15(4):324-9.
4. Yuenyongchaiwat K, Boonsinsukh R. Sarcopenia and its relationships with depression, cognition, and physical activity in Thai community-dwelling older adults. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2020;2020: Article 8041489.
5. Yamada M, Kimura Y, Ishiyama D, Nishio N, Otobe Y, Tanaka T, et al. Synergistic effect of bodyweight resistance exercise and protein supplementation on skeletal muscle in sarcopenic or dynapenic older adults. *Geriatr Gerontol Int*. 2019;19(5):429-37.
6. Makizako H, Nakai Y, Tomioka K, Taniguchi Y, Sato N, Wada A, et al. Effects of a multicomponent exercise program in physical function and muscle mass in sarcopenic/pre-sarcopenic adults. *J Clin Med*. 2020;9(5):Article 1386.
7. Chen LK, Woo J, Assantachai P, Auyeung TW, Chou MY, Iijima K, et al. Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 consensus update on sarcopenia diagnosis and treatment. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(3):300-7.e2.
8. Kaleth AS, Bigatti SM, Slaven JE, Kelly N, Ang DC. Predictors of physical activity in patients with fibromyalgia. *J Clin Rheumatol*. 2020;28(1):e203-9.

9. Lin B, Teo EW, Yan T. The impact of smartphone addiction on Chinese university students' physical activity: exploring the role of motivation and self-efficacy. *Psychol Res Behav Manag.* 2022;15:2273-90.
10. Azevedo RFL, Varzino M, Steinman E, Rogers WA. Evaluating effectiveness of mhealth apps for older adults with diabetes: meta-analysis of randomized controlled trials (preprint). 2024.
11. Zhou Y, Li S, Huang R, Ma H, Wang A, Tang X, et al. Behavior change techniques used in self-management interventions based on mhealth apps for adults with hypertension: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Med Internet Res.* 2024;26:e54978.
12. Sirisuwan P, Phimha S, Banchonhattakit P. Influence of active ageing and health literacy on quality of life among elderly persons in northeast thailand. *Health Educ J.* 2022; 81(6): 693-704.
13. Department of Health Service Support. 3 Doctors Know You [Internet]. 2024 Jan 2 [cited 2024 Mar 3]. Available from: <https://3doctor.hss.moph.go.th/main/login>. Thai.
14. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
15. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
16. Bloom BS, editor. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook 1, cognitive domain. New York: David McKay; 1968.
17. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
18. Tsai HH, Lin PC, Lee HC. The effectiveness of the StrongAge app in improving self-efficacy for sarcopenia prevention among older adults: A pilot study. *J Clin Gerontol Geriatr.* 2021;12(1):45–52.
19. Shi H, Wu C, Liu Y, Zhang L. Effectiveness of a self-efficacy-based digital health intervention via TikTok for sarcopenia prevention in older adults: A randomized controlled trial. *PLoS One.* 2024; 19(2): e0286490.
20. Li X. Effect of a Mindfulness-Based Physical Exercise (MBPE) program on sarcopenia-related self-efficacy in older adults [Master's thesis]. Hong Kong: The Hong Kong Polytechnic University; 2024.
21. Mehra S, Dadema T, Kröse B, Visser B, Engelbert RHH, van der Zee CH. Attitudes and needs of older adults regarding eHealth interventions for physical activity and nutrition: A mixed-methods study. *J Med Internet Res.* 2020; 22(7): e16380.
22. Somjai V, Sutham C, Nattaya P. Effects of a self-efficacy enhancement program on knowledge and health behaviors among community-dwelling older adults. *J Health Promot Aging.* 2025;1(1):135–47.
23. Chen CC, Liu KM, Chou MY. Effect of high-protein supplementation and resistance training on sarcopenia among community-dwelling older adults: A randomized controlled trial. *J Nutr Health Aging.* 2022;26(3):249–55.

วารสารทางการแพทย์

24. Yukonthorn Wangruangsatit, Rungtiwa Wangruangsatit, Boonyarat Manee. The effect of sarcopenia prevention program on sarcopenia prevention behavior, physical fitness, muscle strength, and muscle mass among older persons. *Buddhachinaraj Med J.* 2025; 42(1):53-67. Thai.
25. Wiraporn Suebsoontorn, Nongpimol Nimit-amun, Kannikar Chatdokmaipria. The effects of self-efficacy enhancement program on fall prevention behaviors and physical capabilities of elderly persons in community. *Chonburi Hosp J.* 2019;44(2):120-1. Thai.

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: ปัจจัยที่ส่งผลต่อจำนวนบุตรที่ต้องการในสตรีวัยเจริญพันธุ์

ศิริมา เขมะเพชร*

วท.ด. (สรีรวิทยา)

โสเพ็ญ ชูฉนวน**

ปร.ด. (การพยาบาล)

(รับ: 12 สิงหาคม 2568, แก้ไข: 10 ตุลาคม 2568, ตอรับ: 21 ตุลาคม 2568)

บทคัดย่อ

ในปัจจุบัน อัตราการเจริญพันธุ์และจำนวนการเกิดทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แม้ว่ารัฐบาลจะได้ดำเนินนโยบายและมาตรการส่งเสริมการมีบุตรในรูปแบบต่าง ๆ แต่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่คาดหวัง การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อจำนวนบุตรที่ต้องการในสตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยมุ่งศึกษางานวิจัยเชิงปริมาณที่กล่าวถึง ปัจจัยทำนายหรือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม ได้แก่ จำนวนบุตรที่ต้องการ ความต้องการมีบุตร การตั้งครรภ์ซ้ำ การวางแผนมีบุตรเพิ่ม หรือความตั้งใจมีบุตร ในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15–49 ปี งานวิจัยที่นำมาทบทวน ครอบคลุมช่วงระยะเวลาระหว่าง พ.ศ. 2558–2567 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยคัดเลือกเฉพาะงานที่สามารถเข้าถึง ฉบับเต็มได้ ผลการสืบค้นพบงานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์จำนวน 9 เรื่อง จากทั้งหมด 5,845 เรื่องที่ตรวจสอบเบื้องต้น

ผลการสังเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อจำนวนบุตรที่ต้องการในสตรีวัยเจริญพันธุ์มีความหลากหลายและซับซ้อน สามารถจำแนกได้เป็น 6 กลุ่มหลัก ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านลักษณะครอบครัว ปัจจัยด้านทัศนคติและจิตวิทยา ปัจจัยด้านการเจริญพันธุ์และอนามัยเจริญพันธุ์ และปัจจัยด้านการเข้าถึงโอกาสและทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับการมีบุตร ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการตัดสินใจมีบุตรของ สตรีวัยเจริญพันธุ์ไม่ได้ขึ้นอยู่กับเพียงปัจจัยส่วนบุคคลเท่านั้น หากยังเกี่ยวข้องกับโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมรอบตัวอย่างซับซ้อน

ทั้งนี้ องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยเชิงลึกในอนาคต ตลอดจนเป็นแนวทางสำคัญในการกำหนดนโยบายและมาตรการส่งเสริมการมีบุตรของภาครัฐและบุคลากรด้านสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จำนวนบุตรที่ต้องการ สตรีวัยเจริญพันธุ์

* รองศาสตราจารย์ ดร., สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

Corresponding author E-mail: sirima.kh@kmitl.ac.th

** รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Determinants of Desired Number of Children Among Women of Reproductive Age: A Systematic Review

Sirima Khemapech^{*}

Ph.D. (Physiology)

Sopen Chunuan^{**}

Ph.D. (Nursing)

(Received: August 12, 2025, Revised: October 10, 2025, Accepted: October 21, 2025)

Abstract

In recent years, fertility and birth rates have declined continuously across the world, including in Thailand. Although the government implemented several policies and measures to encourage childbirth, the expected outcomes had not yet been achieved. This systematic review aimed to collect, analyze, and synthesize existing knowledge on factors influencing the desired number of children among women of reproductive age. The review focused on quantitative studies that examined predictive factors or factors related to dependent variables such as desired number of children, fertility desire, repeat pregnancy, plan for additional children, or intention to have children. The target population included women aged 15–49 years. Studies published between 2015 and 2024 in Thai and English and available in full text were included. A total of nine studies met the inclusion criteria from 5,845 articles initially identified.

The results showed that the factors influencing the desired number of children among women of reproductive age were diverse and interrelated. These factors were classified into six main groups: demographic factors, socioeconomic factors, family characteristics, attitudes and psychological factors, fertility and reproductive health factors, and access to opportunities and resources related to childbearing. The findings indicated that decisions about having children were not determined solely by individual factors but were also linked to social, economic, and environmental contexts.

The knowledge obtained from this review could be used as a foundation for further studies and as guidance for developing effective public health and governmental policies to promote childbirth.

Keywords: Systematic review, Number of children, Reproductive women

^{*} Associate Professor, School of Nursing, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang

Corresponding author E-mail: sirima.kh@kmitl.ac.th

^{**} Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันอัตราการเพิ่มประชากรโลกมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตลอดหลายทศวรรษที่ผ่านมาจากการสำรวจโดยทีมงานด้านประชากรศาสตร์จากองค์การไม่แสวงหากำไร (Population Reference Bureau) รายงานฉบับปี 2021¹ พบว่า ตั้งแต่ ค.ศ.1950 อัตราการเจริญพันธุ์ของสตรีในกลุ่มประเทศรายได้สูงมีแนวโน้มลดลงทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะสตรีกลุ่มอายุ 15-19 ปี และกลุ่มสตรีอายุ 40 ปี ในขณะที่กลุ่มประเทศรายได้ปานกลาง อัตราการเจริญพันธุ์ในสตรีอายุ 30 ปีคงที่ แต่มีแนวโน้มการมีบุตรช้าลง ส่วนกลุ่มประเทศรายได้ต่ำ พบอัตราการเจริญพันธุ์ลดลงอย่างต่อเนื่องในทุกกลุ่มอายุ สำหรับภูมิภาคอาเซียน ประเทศไทยเป็น 1 ใน 5 ประเทศที่มีอัตราการเจริญพันธุ์ลดลงอย่างรวดเร็วโดยสตรีอายุ 15-49 ปี มีจำนวนบุตรเฉลี่ยลดลงจาก 6.2 คน ใน พ.ศ.2508 เหลือ 1.6 คน ใน พ.ศ.2553 และคาดว่าจะเหลือ 1.3 คน ใน พ.ศ. 2583² ทั้งนี้ สอดคล้องกับข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต³ ได้อ้างถึงงานวิจัยของมหาวิทยาลัยวอชิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งคาดการณ์ว่าหากแนวโน้มการเกิดยังลดลงอย่างต่อเนื่อง จำนวนประชากรไทยอาจลดลงจาก 71 ล้านคน เหลือเพียง 35 ล้านคนในระยะเวลา 80 ปีข้างหน้า ส่งผลกระทบต่อภาคเศรษฐกิจและแรงงาน ภาวะสวัสดิการสังคมและความมั่นคงทางสังคม

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเข้าสู่ยุคอัตราการเจริญเติบโตของประชากรชะลอตัว จากอัตราการเกิดลดต่ำกว่าอัตราทดแทนตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ 2.1 คน โดยที่มีอัตราการเกิดที่ 1.5 คน สืบเนื่องจากนโยบายวางแผนครอบครัวตั้งแต่ พ.ศ. 2513 เพื่อแก้ปัญหาอัตราการเพิ่มประชากรที่ปีที่ 52 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2568

มากขึ้น⁴ ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจการวางแผนครอบครัวมากขึ้น วิธีการดำรงชีวิตเปลี่ยนไป ค่านิยมการอยู่เป็นโสดมากขึ้น ทำให้ พ.ศ. 2534 รัฐบาลบรรจุเป้าหมายการลดอัตราการเพิ่มประชากรจากร้อยละ 3.0 ต่อปี เหลือร้อยละ 1.47 ต่อปี จากการสำรวจข้อมูลโดยกรมการปกครอง⁵ พบว่า อัตราการเพิ่มของประชากรลดลงอย่างต่อเนื่อง ดังเช่นระหว่าง พ.ศ. 2564-2567 อัตราการเกิดลดลงจาก 11.6 คนต่อประชากร 1000 คน เป็น 7.4 คนต่อประชากร 1000 คน ทำให้สัดส่วนเด็กและวัยรุ่นอายุไม่เกิน 19 ปี ลดลงจากร้อยละ 26.0 เป็นร้อยละ 21.7 สัดส่วนประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ⁶ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทางอายุ และเพศ จากการวิเคราะห์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงปิรามิดประชากร พ.ศ.2503-2573 พบการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนโดยสัดส่วนประชากรวัยเด็กเริ่มลดลง เมื่อประชากรวัยเด็กเหล่านี้เติบโตเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์จึงทำให้สัดส่วนของประชากรวัยเจริญพันธุ์ลดลงตามไปด้วยอีกทั้งจำนวนสตรีวัยเจริญพันธุ์ขณะนี้ ได้ลดลง จึงมีผลต่อจำนวนการเกิด ในแต่ละปีลดลงด้วย⁷ มีผลกระทบอย่างมากต่อความมั่นคง การพัฒนาประเทศ การขับเคลื่อนเศรษฐกิจ และการแข่งขันกับนานาประเทศ รัฐบาลจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการส่งเสริมนโยบายการมีบุตร โดยเน้น 2 มาตรการ ได้แก่ การเพิ่มจำนวนเด็กเกิด และการดูแลเด็กที่เกิดอย่างมีคุณภาพ⁸

การศึกษาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข³ พบว่าจำนวนการเกิดที่ลดต่ำลงอาจมีสาเหตุหลายประการ สอดคล้องกับข้อมูลของ ศสช.² กล่าวคือ ค่านิยมทางสังคมต่อการสร้างครอบครัวเปลี่ยนไป อยู่เป็นโสดมากขึ้น แต่งานซ้ำและมีบุตรช้า

หรือต้องการมีบุตรลดลง มีความกังวลเกี่ยวกับการมีบุตร ครอบครัวไม่พร้อม ไม่มีคนช่วยดูแลบุตร ขาดความมั่นคงในการทำงานจากสภาพเศรษฐกิจที่ไม่เสถียร จึงทำให้สตรีกลุ่มวัยแรงงานมีความจำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น จึงอาจทำให้ประสบปัญหาการบริหารจัดการเวลาการทำงาน เวลาในการเลี้ยงดูบุตร และดูแลครอบครัว โดยครอบครัวซึ่งเป็นสถาบันพื้นฐานประกอบด้วย สามี ภรรยา และบุตร กำหนดบทบาทให้สตรีในสังคมไทยมีหน้าที่ดูแลบุตร จึงอาจทำให้ต้องมีการปรับบทบาทการทำงานด้านใดด้านหนึ่ง เช่น เป็นคุณแม่เต็มเวลา เป็นคุณแม่ทำงาน หรือเป็นคุณแม่เปลี่ยนงาน ด้วยเหตุนี้อาจเป็นความเปราะบางของสตรีในการตัดสินใจมีบุตร⁹ ในขณะที่ลักษณะเด่นคนยุคปัจจุบัน คือต้องการชีวิตที่มีความยืดหยุ่น มีความท้าทาย แสวงหาโอกาสในการทำงาน ความก้าวหน้า และความสำเร็จในอาชีพ ต้องการความเป็นอิสระ² จึงอาจทำให้ทัศนคติ ค่านิยม บทบาทสตรีต่อครอบครัวต่างจากในอดีต อย่างไรก็ตามพบข้อมูลการศึกษาตัวแปรที่ใกล้เคียง แต่การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนบุตรที่ต้องการในสตรีวัยเจริญพันธุ์ยังไม่ชัดเจน และพบข้อมูลการศึกษาน้อย

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อจำนวนบุตรที่ต้องการในสตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยการรวบรวมข้อมูลการศึกษาที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปผลการศึกษาโดยประยุกต์ตามแนวทางการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, JBI)¹⁰ เนื่องจากเป็นแนวทางดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ครอบคลุมทุกรูปแบบการวิจัย ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีความน่าเชื่อถือและยอมรับในวงกว้าง ปีที่ 52 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2568

ผลสรุปการสืบค้นวรรณกรรมนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณากำหนดกรอบแนวคิดการศึกษาปัจจัยทำนายจำนวนบุตรที่ต้องการในสตรีวัยเจริญพันธุ์ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปผลการทบทวนวรรณกรรม “ปัจจัยที่ส่งผลต่อจำนวนบุตรที่ต้องการในสตรีวัยเจริญพันธุ์”

คำถามวิจัย

ปัจจัยใดส่งผลต่อจำนวนบุตรที่ต้องการในสตรีวัยเจริญพันธุ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ ดำเนินการตามแนวทางของสถาบันโจแอนนาบริกส์ ได้แก่ การกำหนดชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ และคำถามการวิจัย กระบวนการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย การกำหนดประเด็นสืบค้นตามกรอบ PICO กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก แหล่งข้อมูลที่ใช้สืบค้น การประเมินคุณภาพงานวิจัย และสรุปผลการทบทวนวรรณกรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ มีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

การกำหนดชื่อเรื่องการทบทวนวรรณกรรม เพื่อเป็นการสื่อสารสาระสำคัญอย่างชัดเจนว่าเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อจำนวนบุตรที่ต้องการในสตรีวัยเจริญพันธุ์

การกำหนดวัตถุประสงค์และคำถามการทบทวนวรรณกรรม พิจารณาประเด็นที่ต้องการสรุปองค์ความรู้จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินค่างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อจำนวนบุตรที่ต้องการในสตรีวัยเจริญพันธุ์ เพื่อให้การทบทวนวรรณกรรมมีขอบเขตและทิศทางที่ชัดเจน ทำให้ได้

ข้อสรุป ที่มีคุณภาพและน่าเชื่อถือ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กำหนดประเภทวรรณกรรมที่จะทบทวนเป็นวิจัยเชิงปริมาณ ตีพิมพ์ระหว่าง พ.ศ.2558-2567 เพื่อให้ได้หลักฐานที่ทันสมัย และระบุค่าทางสถิติที่ชัดเจน

2. กำหนดคำสำคัญการทบทวนตามกรอบ PICO โดย P (Population) เป็นกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ (Women / female of reproductive age, Reproductive women) I (Phenomena of interest) คำภาษาไทย ได้แก่ ตัวแปรต้น ตัวแปรทำนาย ตัวแปรพยากรณ์ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ คำภาษาอังกฤษ ได้แก่ independent variable, predictive study / factor / analysis, predictor, prediction model เป็นต้น C (Comparative / context) ไม่กำหนดคำสำคัญเนื่องจากเป็นการศึกษาข้อมูลเชิงพรรณนา O (Outcome) ได้แก่ จำนวนบุตรที่ต้องการ ความต้องการมีบุตร การตั้งครรภ์ซ้ำ การวางแผนมีบุตรเพิ่ม ความตั้งใจมีบุตร

3. กำหนดแหล่งสืบค้นที่น่าเชื่อถือครอบคลุมทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้แก่ PubMed, Scopus, Google scholar, CINHL, ThaiJo, ThaiLIS

4. ดำเนินการสืบค้นและคัดกรองตามแนวทาง PRISMA 2020 flow diagram 3 ขั้นตอน (Identification-Screening-Include) โดยสืบค้นงานวิจัยตามคำสำคัญที่กำหนด

5. การสกัดข้อมูล พิจารณาคัดเลือกเฉพาะงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อจำนวนบุตรที่ต้องการ ความต้องการมีบุตร การตั้งครรภ์ซ้ำ การวางแผนมีบุตรเพิ่ม ความตั้งใจมีบุตรในสตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยพิจารณาชื่อเรื่อง เนื้อหาบทคัดย่อ และเนื้อหาทั้งฉบับ

6. การวิเคราะห์และการประเมินค่า (Critical appraisal process) ดำเนินการโดยผู้วิจัย จำนวน

2 คน หากการประเมินค่างานวิจัยไม่ตรงกัน ใช้วิธีการประชุมโดยเชิญบุคคลที่ 3 ที่มีความรู้เกี่ยวกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบประชุมเพื่อหาข้อสรุปการประเมินผลงานวิจัย ใช้เครื่องมือ Critical Appraisal Tool ในการพิจารณางานวิจัยประยุกต์ตามแนวทางเกณฑ์สถาบันโจแอนนาบริกส์⁹ ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60 และกำหนดตารางการวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลสำคัญจากงานวิจัยที่คัดไว้ลงในตารางการวิเคราะห์¹¹

7. การสังเคราะห์ข้อมูล (Data synthesis) นำข้อมูลที่ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด และวิเคราะห์องค์ประกอบเนื้อหางานวิจัยแต่ละเรื่อง ตรวจสอบประเด็นที่ตรงกัน และต่างกัน มาจัดหมวดหมู่ และเรียบเรียงเป็นข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ทฤษฎีหรือแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา ตัวแปรต้น สถิติ กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แหล่งข้อมูลการศึกษา และผลการศึกษา

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า

เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ.2558-2567 หรือ ค.ศ.2015-2024 ตีพิมพ์เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษเท่านั้น สามารถเข้าถึงข้อมูลฉบับเต็มได้ (Free full text)

ทั้งนี้การสืบค้นงานวิจัย ผู้วิจัยกำหนดประเด็นการสืบค้น คือ เป็นงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนบุตรที่ต้องการ ความต้องการมีบุตร การตั้งครรภ์ซ้ำ การวางแผนมีบุตรเพิ่ม ความตั้งใจมีบุตรในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-49 ปี

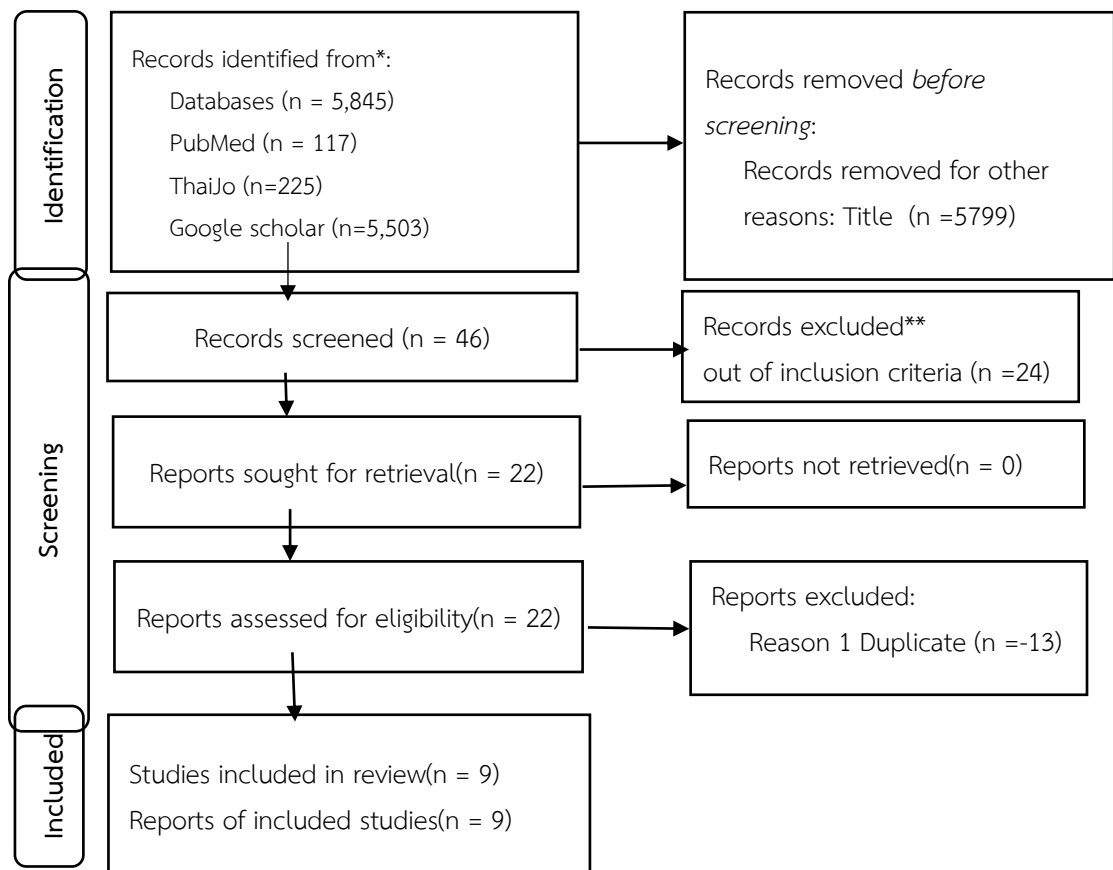
เกณฑ์การคัดออก

ไม่ผ่านการประเมินค่าตามเกณฑ์ JBI ผลการประเมินน้อยกว่าร้อยละ 60 โดยใช้แบบประเมิน Critical Appraisal Tool และแหล่งอ้างอิงของบทความวิจัยไม่ชัดเจน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. กรอบ PICO worksheet ใช้สำหรับกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นงานวิจัย¹¹
2. PRISMA 2020 flow diagram ใช้เป็นแนวทางสำหรับคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด¹²

3. Critical Appraisal Tool ใช้ประเมินความน่าเชื่อถือ และคุณภาพงานวิจัย¹¹
4. ตารางวิเคราะห์เพื่อการทบทวนวรรณกรรม ประยุกต์ตามแนวทางการวิเคราะห์ของอัจฉรา¹¹



แผนภาพที่ 1 แสดงการสืบค้นและคัดกรองตามแนวทาง PRISMA 2020 flow diagram¹²

ผลการวิจัย

งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อจำนวนบุตรที่ต้องการในสตรีวัยเจริญพันธุ์ คัดเลือกโดยประยุกต์ตามแนวทางเกณฑ์สถาบันใจแอนนาบริกส์ จำนวน 5,845 เรื่อง 3ฐานข้อมูล ดิพิมพ์เผยแพร่ทั้งในประเทศและต่างประเทศระหว่าง พ.ศ.2558-2567 (ค.ศ.2015-2024) เป็นภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ได้แก่ PubMed 117 เรื่อง คัดเหลือ 5 เรื่อง ThaiJo 225

เรื่อง คัดเหลือ 2 เรื่อง Google scholar 5,503 เรื่อง คัดเหลือ 2 เรื่อง เหตุผลในการคัดออก ได้แก่ ตัวแปรตามในชื่อเรื่องไม่เป็นตามที่กำหนด ไม่เข้าเกณฑ์การคัดเข้า และมีความซ้ำซ้อน รวมที่คัดไว้ 9 เรื่อง เป็นงานวิจัยศึกษาในประเทศไทย 4 เรื่อง งานวิจัยศึกษาในต่างประเทศ 5 เรื่อง การจัดระดับงานวิจัยอยู่ในระดับ 4b จำนวน 9 เรื่อง รูปแบบการศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) แบ่งเป็น

วสารกองการพยาบาล

การศึกษาหาความสัมพันธ์ 6 เรื่อง หาความสัมพันธ์เชิงทำนาย 3 เรื่อง (แผนภาพที่ 1)

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจัดกลุ่มตัวแปรต้นที่ศึกษาเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม ได้แก่ รายได้ต่อเดือน อาชีพ ความมั่งคั่งระดับครัวเรือน การเลี้ยงดูพ่อแม่สูงวัย 3) ปัจจัยด้านลักษณะครอบครัว ได้แก่ ขนาดครอบครัว เขตที่อยู่อาศัย ประเภทการแต่งงาน ระยะเวลาที่สมรส 4) ทศนคติและปัจจัยทางจิตวิทยา ได้แก่ ทศนคติต่อการมีบุตร การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม พลังอำนาจสตรี 5) ปัจจัยด้านการเจริญพันธุ์และอนามัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ อายุแรกสมรส การตั้งครรภ์ปัจจุบัน การภาวะเจริญพันธุ์ การคุมกำเนิด จำนวนบุตรที่ต้องการของสามี ความต้องการมีบุตร ประสบการณ์มีบุตรเสียชีวิต จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ 6) การเข้าถึงโอกาสและทรัพยากร ได้แก่ การเข้าถึงตลาดแรงงาน การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

ทฤษฎีและแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 8 ทฤษฎี 3 แนวคิดจัดหมวดหมู่ได้ 4 กลุ่ม ดังนี้ **กลุ่มที่ 1** ทฤษฎีเศรษฐกิจและทรัพยากร ได้แก่ แนวคิดอุปสงค์ของการมีบุตร (Demand for Children) ของ Gary S. Becker ทฤษฎีความเคลื่อนไหวของความมั่งคั่ง (Wealth Flow theory) ของ John C. Calwall ทฤษฎีเศรษฐกิจ (Economic theory) **กลุ่มที่ 2** แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์ ได้แก่ แนวคิดปัจจัยกำหนดความใกล้ชิดจิตภาวะเจริญพันธุ์ (Proximate Determinants of Fertility) ของ John Bongaarts ทฤษฎีภาวะเจริญพันธุ์ (Fertility theory) แนวคิด Unmet need (Unmet Need for Family Planning) **กลุ่มที่ 3** ทฤษฎีพฤติกรรมและปัจจัยทางจิตวิทยา ได้แก่ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned

Behavior; TPB) ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality theory) ทฤษฎีเกี่ยวกับกลวิธีเผชิญปัญหา (Coping Strategies theory) **กลุ่มที่ 4** ทฤษฎีเกี่ยวกับสังคมและอำนาจในครอบครัว ได้แก่ ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment theory) ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีบุตร (Theories of Parenthood)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นสตรีวัยเจริญพันธุ์ 6 การศึกษา โดยศึกษาในต่างประเทศ 4 การศึกษา และศึกษาในประเทศไทย 2 การศึกษา กลุ่มตัวอย่างอายุ 15-49 ปี สมรสแล้ว สามารถตั้งครรภ์ได้ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง ข้อมูลได้จากแหล่งปฐมภูมิ 3 การศึกษา และแหล่งทุติยภูมิ จากการเก็บข้อมูลระดับชาติ 3 การศึกษา สำหรับการศึกษทั้งเพศหญิงและเพศชายมี 3 การศึกษา เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 18-39 ปี จากนักศึกษาระดับปริญญาตรี ประเทศสหรัฐอเมริกาและเม็กซิโก 1 การศึกษา ผู้ที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล 1 การศึกษา ผู้ที่มาจากทะเบียนสมรส ณ ที่ว่าการเขตบางรัก 1 การศึกษา

จากผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ วิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยตามประเด็นที่กำหนดตามเกณฑ์การคัดเข้า กลุ่มตัวอย่างอายุ 15-49 ปี เพศหญิงและเพศชาย ศึกษาในประเทศและต่างประเทศ พบมี 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ตัวแปรต้นมีความสัมพันธ์กับจำนวนบุตรที่ต้องการ ได้แก่ สถานภาพสมรส ขนาดครอบครัว ระยะเวลาที่สมรส ทศนคติต่อการมีบุตร การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม พลังอำนาจสตรี อายุแรกสมรส การตั้งครรภ์ปัจจุบัน การภาวะเจริญพันธุ์ จำนวนบุตรที่ต้องการของสามี ความต้องการมีบุตร จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ การเข้าถึงตลาดแรงงาน การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร 2) ผลการศึกษา ยังมีข้อโต้แย้งกันอยู่ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ ความมั่งคั่งระดับ

วารสารกองการพยาบาล

ครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย ประสบการณ์การมีบุตร
เสียชีวิต 3) ตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวน
บุตรที่ต้องการ ได้แก่ ภาวะการเลี้ยงดูพ่อแม่สูงวัย

ประเภทการแต่งงาน และการคุมกำเนิด รายละเอียด
แสดงตามตารางที่ 1

ตาราง 1 สรุปการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบปัจจัยที่ส่งผลต่อจำนวนบุตรที่ต้องการในสตรีวัยเจริญพันธุ์ (n=9)

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	ทฤษฎีที่ใช้	กลุ่มตัวอย่างที่ ศึกษา	ปัจจัยที่ส่งผล	ค่าสถิติ	ระดับความ น่าเชื่อถือ
Akram et al.(2020) ¹³ Bangladesh เรื่อง “Factors associated with unmet fertility desired and perceptions of ideal family size among women in Bangladesh: insight from a nationwide Demographic and Health Survey”	1. แนวคิดการสร้าง พลังอำนาจ (Empowerment)	สตรีสมรสแล้ว อายุ 15-49 ปี จำนวน 10,912 คน	1.อายุ 2.เศรษฐกิจ/รายได้ 3.ระดับการศึกษา 4.ประสบการณ์มีบุตร เสียชีวิต 5.เขตที่อยู่อาศัย 6.การเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร 7.ศาสนา 8.ทัศนคติการแสดง เหตุผลได้แย่ง	$\beta=0.2(0.20-0.37)$ $p<.001$ $\beta=0.04(0.01-0.06)$ $p=.003$ $\beta=0.04(0.01-0.08)$ $p=.022$ $\beta=0.04(0.02-0.06)$ $p<.001$ $\beta=0.04(0.02-0.06)$ $p<.001$ $\beta=0.03(0.01-0.05)$ $p=.012$ $\beta=-0.08(-0.10- -$ $0.06)$ $p<.001$ $\beta=0.02(0.01-0.04)$ $p=.008$	4b
Atake &Ali (2019) ¹⁴ Africa เรื่อง “Women's empowerment and fertility preferences in high fertility countries in Sub-Saharan Africa”	1.ทฤษฎีการสร้าง พลังอำนาจ (Empowerment) 2.ทฤษฎีภาวะเจริญ พันธุ์ (Fertility preference)	สตรีสมรส อายุ ตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ข้อมูลจากการ สำรวจโดย DHS 4 พื้นที่ จำนวน 7,324 คน	1.เศรษฐกิจ/รายได้ 2.เขตที่อยู่อาศัย 3.พลังอำนาจการมีส่วน ร่วมการตัดสินใจใน ครอบครัว 4.พลังอำนาจการเข้าถึง บริการวางแผนครอบครัว 5.พลังอำนาจการเข้าถึง ตลาดแรงงาน 6.ระดับการศึกษาของ สามี	$\beta=-0.08$ $(-0.12-0.05), p<.01$ $\beta=0.15$ $(0.10-0.21), p<.01$ $\beta=0.16$ $(0.10-0.22), p<.05$ $\beta=0.01$ $(0.007-0.04), p<.05$ $\beta=0.03$ $(0.003-0.009),$ $p<.01$ $\beta=0.33$ $(0.04-0.61), p<.05$	4b

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	ทฤษฎีที่ใช้	กลุ่มตัวอย่างที่ ศึกษา	ปัจจัยที่ส่งผล	ค่าสถิติ	ระดับความ น่าเชื่อถือ
Buathong, T., & Pothisiri, W. (2017) ¹⁵ เรื่อง "Fertility modeling in low fertility of Thai society"		สตรีสมรส อายุ 18-49 ปี จำนวน 22,188 คน	7.ขนาดครอบครัว	$\beta=0.85$ (0.40-1.32), $p<.01$	4b
			8.ศาสนา	$\beta=1.26$ (0.39-2.12), $p<.01$	
			1.อายุ	$\beta=-0.24$, $p<.001$	
			2.จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่	$\beta=-0.69$, $p<.001$	
			3.ระดับการศึกษา	$\beta=-0.17$, $p<.001$	
			4.เขตที่อยู่อาศัย	$\beta=-0.54$, $p<.001$	
			5.ศาสนา	$\beta=-0.92$, $p<.001$	
			6.อาชีพ	$\beta=-0.12$, $p<.01$	
Hosseini et al. (2021) ¹⁶ เรื่อง "The gap between desired and expected fertility among women in Iran: A case study of Tehran city"	1.แนวคิดปัจจัย กำหนดความ ใกล้เคียงภาวะ เจริญพันธุ์ของ John Bongaarts	สตรีสมรส อายุ 15-49 ปี พักอาศัย เป็นครอบครัวใน กรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน	7.ระยะเวลาสมรส	$\beta=-0.04$, $p<.001$	4b
			8.สถานภาพสมรส	$\beta=-0.16$, $p<.001$	
			1.อายุ	$\chi^2=17.45$, $p<.05$ Cramer's V=0.14	
			2.อายุแรกสมรส	$\chi^2=82.05$, $p<.05$ Cramer's V=0.32	
			3.จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่	$\chi^2=28.53$, $p<.005$ Cramer's V=0.19	
			4.ระดับการศึกษา	$\chi^2=10.41$, $p<.05$ Cramer's V=0.11	
			5.อาชีพ	$\chi^2=11.18$, $p<.005$ Cramer's V=0.17	
			6.จำนวนการคลอดบุตร	$\chi^2=66.00$, $p<.05$ Cramer's V=0.33	
Nzokirishaka <ltua (2018) ¹⁷ เรื่อง "Determinants of unmet need for family planning among married women of reproductive age in Burundi: a cross- sectional study"	1.แนวคิด Unmet need	สตรีสมรส อายุ 15-49 ปี พัก อาศัยในสาธารณรัฐ บุรุนดี จำนวน 5,421 คน	1.อายุ	aOR=0.586 (0.423-0.811), $p=.001$	4b
			2.เศรษฐกิจรายได้	aOR=1.453 (1.148-1.839), $p=.002$	
			3.ระดับการศึกษา	aOR=1.511 (1.006-2.270), $p=.047$	
			4.ประสบการณ์มีบุตร เสียชีวิต	aOR=0.748 (0.566-0.989), $p=.042$	
			5.เขตที่อยู่อาศัย	aOR=1.373 (1.018-1.852), $p=.038$	

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	ทฤษฎีที่ใช้	กลุ่มตัวอย่างที่ ศึกษา	ปัจจัยที่ส่งผล	ค่าสถิติ	ระดับความ น่าเชื่อถือ
			6.การเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร	aOR=0.562 (0.375-0.843), p=.005	
			7.ขนาดครอบครัว	aOR=0.696 (0.534-0.907), p=.007	
			8.ศาสนา	aOR=1.016 (0.746-1.469), p=.047	
			9.ความต้องการ จำนวนบุตร (สามี ต้องการมากกว่า ภรรยา)	aOR=0.704 (0.509-0.975), p=.035	
Phuangprayong, K. (2018) ¹⁸ เรื่อง “Future desire for children: Empirical evidences from married women in Thailand”	1.แนวคิดอุปสงค์ ของการมีบุตรของ Gary S. Becker 2.ทฤษฎีความเลี่ยน ไหลของความ มั่งคั่งของ John C. Calwell 3.แนวคิดปัจจัย กำหนดความ ใกล้ชิดภาวะเจริญ พันธุ์ของ John Bongaarts	สตรีวัยเจริญพันธุ์ สมรส อายุ 15-49 ปี ที่ สามารถตั้งครรรภ์ ได้ จำนวน 15,661 คน	1.อายุ 2.อายุแรกสมรส 3.จำนวนบุตรที่มีชีวิต อยู่ 4.เศรษฐกิจรายได้ 5.ระดับการศึกษา 6.การตั้งครรรภ์ ปัจจุบัน 7.ประสบการณ์มีบุตร เสียชีวิต	$\chi^2=3.8e+03$, p=.000 $\chi^2=151.59$, p=.000 $\chi^2=5.2e+03$, p=.000 $\chi^2=100.01$, p=.000 $\chi^2=1.4e+03$, p=.000 $\chi^2=153.70$, p=.000 $\chi^2=59.63$, p=.000	4b
Shukla et al. (2023) ¹⁹ เรื่อง “Gender roles perceptions and ideal number of children: Case study Emirati youth”	1.ทฤษฎีพฤติกรรม ตามแผน (Theory of Planned Behavior; TPB) 2.แนวคิดการสร้าง พลังอำนาจ (Empowerment) 3.ทฤษฎีเศรษฐกิจ (Economic theory)	เพศหญิงและชาย อายุ 18-30 ปี เป็น นักศึกษาระดับ ปริญญาตรี สัญชาติอาหรับ เอมิเรตศึกษาใน UAE University สมัครใจให้ข้อมูล จำนวน 300 คน	1.เพศ 2.อาชีพ 3.จำนวนการคลอด บุตร 4.สามีมีส่วนร่วมใน งานบ้านและดูแลบุตร 5.การใช้เวลาทำงาน ของบิดา 6.การใช้เวลาทำงาน ของมารดา	IRR=0.84 (0.75-0.94), p=.00 IRR=0.87 (0.78-0.97), p=.01 IRR=1.03 (1.01-1.05), p=.00 IRR=0.87 (0.79-0.97), p=.01 IRR=1.02 (0.99-1.05), p=.00 IRR=1.00 (0.99-1.00), p=.00	4b
Tiathasin, O. (2024) ²⁰	1.ทฤษฎีพฤติกรรม ตามแผน (Theory	เพศหญิงและเพศ ชายที่พักอาศัยใน	1.ทัศนคติต่อการมี บุตร	$\beta=-0.346$, p=.025	4b

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	ทฤษฎีที่ใช้	กลุ่มตัวอย่างที่ ศึกษา	ปัจจัยที่ส่งผล	ค่าสถิติ	ระดับความ น่าเชื่อถือ
เรื่อง "A study of Child-Having intention among Thai generation Y and Z population in Bangkok and surrounding area"	of Planned Behavior; TPB)	กรุงเทพมหานคร และปริมณฑลมี สัญชาติไทย อายุ ระหว่าง 20-39 ปี หรือเกิด พ.ศ.2528- 2547 (ปัจจุบัน พ.ศ. 2567) จำนวน 350 คน	2.การคล้ายตามกลุ่ม อ้างอิง 3.การรับรู้ ความสามารถในการ ควบคุมพฤติกรรม	$\beta=0.213, p=.008$ $\beta=-0.330, p=.023$	
Wattanavitukul, P. (2019) ²¹ เรื่อง "Intention to have children and association with personality and coping among those who come to get marriage registration at Bangrak District Office, Bangkok Metropolis"	1.ทฤษฎีพฤติกรรม ตามแผน (Theory of Planned Behavior; TPB) 2.ทฤษฎีเกี่ยวกับ การมีบุตร 3.ทฤษฎีบุคลิกภาพ 4.ทฤษฎีเกี่ยวกับ กลวิธีเผชิญปัญหา	เพศหญิงและเพศ ชาย อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปมา จดทะเบียนสมรส ณ ที่ว่าการ เขตบางรัก เป็นคน ไทยสมรสกับคน ไทยจำนวน 380 คน	1.อายุ 2.เศรษฐกิจรายได้ 3.ทัศนคติต่อการ มีบุตร	$\chi^2=54.323$ $p=.000$ $\chi^2=10.180$ $p=.038$ $OR=0.152$ $p=.000$	4b

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาดังกล่าวที่มีความสัมพันธ์กับ
จำนวนบุตรที่ต้องการ ผลการศึกษามีทั้งความแตกต่างกัน
และมีความสอดคล้องกัน อาจขึ้นอยู่กับภาวะแวดล้อม
และบริบทด้านสังคมวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ จัดได้เป็น
6 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านประชากร 2) ปัจจัยด้าน
เศรษฐกิจสังคม 3) ปัจจัยด้านลักษณะครอบครัว
4) ทัศนคติและปัจจัยทางจิตวิทยา 5) ปัจจัยด้านการ
เจริญพันธุ์และอนามัยเจริญพันธุ์ 6) การเข้าถึงโอกาส
และทรัพยากร ดังนี้

ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา
ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โดยอายุเป็นปัจจัย
สำคัญที่แสดงถึงวุฒิภาวะ เป็นความสามารถทาง
ปีที่ 52 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2568

ความคิด การตัดสินใจ ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเริ่มเกิดขึ้น
เมื่ออายุ 18 ปี เป็นต้นไป²² ทำให้สตรีเริ่มมีความเชื่อมั่นใน
ตนเอง การตัดสินใจ การกำหนดเป้าหมายของตนเอง
กำหนดความสมดุลของชีวิต การสร้างครอบครัวรวมทั้ง
กำหนดขนาดของครอบครัว⁸ จึงทำให้สตรียุคปัจจุบันให้
ความสำคัญต่อการทำงาน ความก้าวหน้าในงาน
การสร้างครอบครัวและการมีบุตรเป็นลำดับรอง²⁰ ซึ่งต่าง
จากสตรีในอดีตที่มักเป็นแม่บ้านดูแลบุตร และครอบครัว
นอกจากนี้สตรียุคปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะคำนึงถึงสุขภาพ
ในการตัดสินใจมีบุตรสอดคล้องกับการศึกษาของ Akram
และคณะ¹³ พบว่าสตรีอายุมากต้องการมีบุตรมากกว่า
สตรีอายุน้อย สำหรับศาสนาอาจมีผลต่อความเชื่อและ
ทัศนคติ เช่น บางศาสนาเน้นการสร้างครอบครัวใหญ่

จึงทำให้ตัดสินใจมีบุตรตามค่านิยมและความเชื่อ^{13,17} ด้านระดับการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีแนวโน้มจะชะลอการมีบุตร ในทางกลับกันผู้ที่ระดับการศึกษาต่ำอาจให้ความสำคัญกับการสร้างครอบครัวใหญ่เพื่อต้องการใช้แรงงานในอนาคต¹³ จากการศึกษาของมนสิการ, กัญญาพัชร และรีนา⁹ พบว่าสตรีมีแนวโน้มมีบุตรลดลงทุกกลุ่มอายุ อาจเนื่องจาก เศรษฐกิจสังคมสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ¹⁸ กล่าวคือ สตรีที่สมรสนิยมมีบุตรไม่เกิน 2 คน และมีแนวโน้มมีบุตรลดลงในอนาคต สำหรับผู้ที่สมรสมักมีความต้องการมีบุตรมากกว่าผู้ที่เป็นโสดหรือหย่าร้าง¹⁵ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ บ่งชี้ถึงผลกระทบต่อจำนวนบุตรที่ต้องการอาจขึ้นกับห้วงเวลา และสิ่งแวดล้อมในแต่ละสังคม

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ รายได้ อาชีพของสามีและสตรี ความมั่งคั่งของครัวเรือน และภาระการดูแลพ่อแม่ แม่สูงอายุ สตรีที่ไม่ได้ทำงานมักต้องพึ่งพาการเงินจากสามี ซึ่งในภาวะเศรษฐกิจที่ผันผวนและอัตราเงินเฟ้อที่สูงขึ้น บทบาทของสตรีในการดูแลครอบครัวเปลี่ยนไป โดยเริ่มออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อการจัดสรรเวลา และอาจทำให้ภาวะเจริญพันธุ์ลดลง นำไปสู่อัตราการเกิดที่ต่ำลง นอกจากนี้ การพึ่งพาทางการเงินจากสามียังอาจจำกัดอำนาจการตัดสินใจของสตรี โดยเฉพาะในสังคมที่ผู้ชายมีบทบาทเหนือกว่าในครอบครัว¹⁴

ปัจจัยด้านลักษณะครอบครัว ได้แก่ ขนาดครอบครัว เขตที่อยู่อาศัย ภาระการแต่งงาน ระยะเวลาที่สมรส โดยพบว่าขนาดของครอบครัวอาจมีผลต่อการมีบุตรเพิ่มขึ้น เช่น ครอบครัวใหญ่อาจมีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุช่วยเหลือ จึงอาจทำให้ความวิตกกังวลในการดูแลบุตรลดลง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสตรีที่พักในเขตชนบทมีปีที่ 52 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2568

แนวโน้มมีบุตรเพิ่มขึ้น¹³ อาจเนื่องจากค่าครองชีพไม่สูงเท่ากับเมืองหลวงหรือเมืองขนาดใหญ่ สังคมชนบทส่วนใหญ่อยู่เป็นครอบครัวใหญ่ ภาระการแต่งงานไม่มีผลต่อการมีบุตร¹⁴ สำหรับระยะเวลาสมรส คู่สมรสใหม่อาจยังต้องการความอิสระ อยากท่องเที่ยว จึงอาจชะลอการมีบุตร เมื่อมีความพร้อมอาจเริ่มมีบุตรซึ่งพบว่าคนยุคปัจจุบันมีบุตรช้า และจำนวนน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Hosseini, Saikia, and Dasvarma¹⁶ ในทางกลับกันสังคมที่ยังให้เพศชายเป็นใหญ่ในครอบครัว สตรียังคงต้องทำหน้าที่มารดา และภรรยาเป็นหลัก รวมทั้งอำนาจการตัดสินใจเป็นสามี¹⁴

ทัศนคติและปัจจัยทางจิตวิทยา ได้แก่ ทัศนคติต่อการมีบุตร การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม พลังอำนาจสตรี จากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เชื่อว่าทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีผลต่อความตั้งใจเมื่อบุคคลมีความตั้งใจทางบวก แนวโน้มสูงที่จะเกิดพฤติกรรมตามที่ตั้งใจ²³ คือมีบุตรตามความต้องการหรือตามแผนที่คาดหวัง โดยสตรีมองว่าการมีบุตรเป็นสิ่งสำคัญทำให้ครอบครัวมั่นคงก็มีแนวโน้มจะมีบุตรเพิ่มขึ้น แต่ถ้ามองว่าบุตรเป็นภาระแนวโน้มจะชะลอหรือมีบุตรลดลง อย่างไรก็ตามปัจจัยภายในของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับสังคม วัฒนธรรม สภาพแวดล้อม ช่วงเวลา และข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ ซึ่งอาจส่งผลต่อจำนวนบุตรที่ต้องการ หรือการวางแผนมีบุตรของสตรีวัยเจริญพันธุ์แตกต่างกัน สำหรับพลังอำนาจ หากสตรีมีความสามารถพัฒนาการตัดสินใจ การแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง และเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง จะทำให้สตรีมีพลังอำนาจในตนเอง²⁴ ส่งผลให้สามารถกำหนดเป้าหมาย หรือการวางแผนจำนวนบุตรที่ต้องการของตนเองได้ร่วมกับสามีและ

ครอบครัว ทั้งนี้พลังอำนาจในตัวสตรีอาจแสดงออกได้หรือไม่อาจขึ้นอยู่กับสังคมวัฒนธรรมที่เป็นอยู่ เช่น สังคมที่ผู้ชายเป็นใหญ่ในครอบครัว กับสังคมที่เริ่มมีความเท่าเทียมทางเพศการแสดงพลังอำนาจในตัวสตรีอาจมีความแตกต่างกัน¹⁴ กล่าวคือ สตรีสามารถร่วมวางแผนและกำหนดจำนวนบุตรที่ต้องการร่วมกับสามีได้มากขึ้น

ปัจจัยด้านการเจริญพันธุ์และอนามัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ อายุแรกสมรส การตั้งครรภ์ปัจจุบัน ภาวะการเจริญพันธุ์ การคุมกำเนิด จำนวนบุตรที่ต้องการของสามี ความต้องการมีบุตร ประสบการณ์มีบุตรเสียชีวิต จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ จากการศึกษาพบว่าสตรีที่แต่งงานเร็วโอกาสมีบุตรได้มากกว่าสตรีที่แต่งงานช้า^{16,18} อาจเนื่องจากสุขภาพร่างกายและภาวะเจริญพันธุ์ที่เริ่มถดถอยเมื่ออายุมากขึ้น จึงอาจทำให้มีบุตรยาก การที่ตัดสินใจมีบุตรเพิ่มขึ้นอาจเกี่ยวเนื่องกับหลายปัจจัย เช่น สุขภาพร่างกาย ความพร้อมด้านเศรษฐกิจ จำนวนบุตรที่มีอยู่เพียงพอแล้วหรือไม่ เป็นต้น นอกจากนี้สตรีที่มีประสบการณ์มีบุตรเสียชีวิตจะมีผลต่อการตัดสินใจมีบุตรเพิ่ม^{13,18} แต่บางสังคมวัฒนธรรมมีความเชื่อว่าเป็นไปตามความต้องการของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ขณะที่บางสังคมเชื่อว่าเกิดจากสุขภาพร่างกายหรือการปฏิบัติตัวจึงอาจทำให้การตัดสินใจมีบุตรมีความแตกต่างกัน¹³

การเข้าถึงโอกาสและทรัพยากร ได้แก่ การเข้าถึงตลาดแรงงาน การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสตรีที่มีอาชีพ มีรายได้ อาจมีความพร้อมที่จะมีบุตร¹³⁻¹⁴ แต่ยังมีข้อโต้แย้งสตรีบางรายได้ให้ความสำคัญต่อหน้าที่การทำงานทำให้ชะลอการมีบุตร นอกจากนี้การได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจมีบุตรเช่นกัน เช่น ข้อมูลนโยบายรัฐบาลในการส่งเสริมการมีบุตร การวางแผนครอบครัว รูปแบบการคุมกำเนิด ผู้ที่เข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้สามารถศึกษาด้วยตนเอง

ได้ แต่บางพื้นที่อาจมีปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้วยตัวเองอย่างอิสระจึงอาจทำให้เสียโอกาสดังกล่าว

การทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่ศึกษาสตรีวัยเจริญพันธุ์ สมรส และสามารถตั้งครรภ์ได้ อายุ 15-49 ปี ครอบคลุมกลุ่มเฉพาะเช่น Y และ Z แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ 6 การศึกษา ข้อมูลทุติยภูมิได้จากการสำรวจโดยหน่วยงานระดับชาติ เก็บข้อมูลจากประชาชนทั่วไป 3 การศึกษา และคัดเลือกข้อมูลที่จะวิเคราะห์ตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด ศึกษาเฉพาะสตรีวัยเจริญพันธุ์ 6 การศึกษา ศึกษาทั้งเพศหญิงและเพศชาย 3 การศึกษา ตัวแปรที่ศึกษาจัดได้เป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม ปัจจัยด้านลักษณะครอบครัว ทศนคติและปัจจัยทางจิตวิทยา ปัจจัยด้านการเจริญพันธุ์และอนามัยเจริญพันธุ์ และการเข้าถึงโอกาสและทรัพยากรที่มีผลต่อการตัดสินใจมีบุตร

ข้อเสนอแนะ

ควรนำผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบมาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดการศึกษาปัจจัยทำนายจำนวนบุตรที่ต้องการในสตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญของตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมีบุตร เช่น ความคิด ความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุนนโยบายส่งเสริมการมีบุตรของภาครัฐอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว และบทบาทสตรี พบว่ามีผลต่อการตัดสินใจมีบุตรเช่นกัน ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางเชิงนโยบายต่อไป ดังนี้

1. ด้านเศรษฐกิจ ดำเนินมาตรการลดภาระค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร เช่น การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในสถานรับเลี้ยงเด็ก เพื่อบรรเทาความกังวลทางการเงินของครอบครัวและจูงใจให้สตรีตัดสินใจมีบุตรมากขึ้น

2. ด้านสังคมและครอบครัว ส่งเสริมทัศนคติ

ค่านิยม และวัฒนธรรมครอบครัวที่เข้มแข็ง โดยจัดกิจกรรมสร้างความตระหนักรู้ถึงคุณค่าและความสำคัญของการมีบุตร สนับสนุนบทบาทบิดามารดาอย่างเท่าเทียม การมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรตั้งแต่วัยตั้งครรภ์ ระยะเวลาคลอด ระยะเวลาหลังคลอด และสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการเลี้ยงดูบุตรอย่างมีคุณภาพ

3. ด้านบทบาทสตรีและการทำงาน ส่งเสริม

ความสมดุลระหว่างชีวิตครอบครัวและการทำงานของสตรี โดยกำหนดนโยบายลาคลอดและลาพักเลี้ยงบุตรที่ยืดหยุ่น จัดตั้งศูนย์เลี้ยงเด็กในสถานที่ทำงาน ห้องให้นมบุตร และสนับสนุนโอกาสความก้าวหน้าในอาชีพ เพื่อให้สตรีสามารถมีบุตรและดูแลได้โดยไม่กระทบต่อบทบาททางเศรษฐกิจและสังคม

References

1. World Population Data Sheet. Special focus on global fertility. 2021 world population data sheet: Special focus on global fertility. 2021. | HimalDoc.
2. Office of the National Economic and Social Development Council [NESDC]. Young generations and the development of a quality population. 2018. <https://www.nesdc.go.th> Thai.
3. Ministry of Public Health, Department of Mental health. Few children are born: Quality, not quantity, must be increased. 2016. www.saraban@dmh.mail.go.th
4. Kannika Kraikitrat, Kittipol Buathala, Wanchai Boosaba, Chot Bodeerat. Family Planning Policy. JOMLD, 2022; 7(3): 355-79. Thai.
5. Department of Provincial Administration, The Bureau of Registration Administration. Statistical Report on Marriage Registration. 2024. <https://stat.bora.dopa.go.th>
6. Department of Provincial Administration. Population statistics from Civil Registration. 2024. <https://stat.bora.dopa.go.th>
7. Office of the National Economic and Social Development Council [NESDC]. The impact of demographic change in Thailand. 2020. <http://www.nesdb.go.th> Thai.
8. Pimolpan Tangwiwat. Promoting childbirth for quality children. J Med Serv. 2024; 49(3): 5-9. Thai.
9. Manasikarn Kanchanachitra, Kanyapat Suttikasem, Reena Tadee. How to build a family when work is overwhelming: Work-Life balance of the new generation (pp. 20). Bangkok: Duentula Printing Company Limited. 2017. Thai.
10. The Joanna Briggs Institute [JBI]. Checklist for systematic reviews and research synthesis. 2017. www.joannabriggs.org
11. Adchara Khammathit. The Evidence-Based approach in health care management, applied to nursing. SCNJ. 2021; 8(2): 315-28. Thai.

12. Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M. The PRISMA 2020 statement: an update guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021; 372:n71. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n71>
13. Akram R, Sarker A.R, Sheikh N., Ali N, Mozumder, MGN, Sultana M. Factors associated with unmet fertility desired and perceptions of ideal family size among women in Bangladesh: insight from a nationwide Demographic and Health Survey. *PLOS ONE*. 2020; 15(5): 1-17.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233634>
14. Atake E-H, Ali PG. Women's empowerment and fertility preferences in high fertility countries in Sub-Saharan Africa. *BMC women's health*. 2019; 19(54): 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0747-9>
15. Thananon Buathong, Wiraporn Pothisiri. Fertility modeling in low fertility of Thai society. *JSSNU*. 2017; 13(2): 217-40. Thai.
16. Hosseini M, Saikia U, Dasvarma G. The gap between desired and expected fertility among women in Iran: A case study of Tehran city. *PLOS ONE*. 2021; 16(9): 1-21.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257128>
17. Nzokirishaka, A, Itua I. Determinants of unmet need for family planning among married women of reproductive age in Burundi: a cross-sectional study. *Contracept Reprod. Med*. 2018; 3(11): 1-13.
<https://doi.org/10.1186/s40834-018-0062-0>
18. Kanokwara Phuangprayong. Future desire for children: Empirical evidences from married women in Thailand. *SWRD J. Humanit*. 2018; 10(19): 1-19. Thai.
19. Shukla A, Karabchuk T, Al Neyadi LM. Gender roles perceptions and ideal number of children: Case study Emirati youth. *RH*. 2023; 20(138): 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12978-023-01677-x>
20. Orntheera Tiathasin. A study of Child-Having intention among Thai generation Y and Z population in Bangkok and surrounding area. (Dissertation). Salaya: Mahidol University; 2024. Thai.
21. Pichaya Wattanavitukul. Intention to have children and association with personality and coping among those who come to get marriage registration at Bangrak District Office, Bangkok Metropolis (Dissertation). Bangkok: Chulalongkorn University; 2019. Thai.
22. Chulalongkorn University, Faculty of Psychology. [serial online] 2024 Jan [cited 2024 Jan 10]. Social Intelligence Quotient. <https://www.psy.chula.ac.th/feature-article/> Thai.
23. Ajzen I. The theory of planned behavior. *OBHDP*. 1991; 50: 179-211.
24. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *J.Adv.Nurs*.1991; 16(3): 354-61.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x>

ผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะการเยี่ยมบ้านมารดาและทารกหลังคลอดต่อความรู้ และทักษะการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

ฐิตาพร กันทะเนตร* พย.บ.
 ดลหทัย จตุรคชนทร์เดชา ** พย.บ.
 วารุณี อุดมพล* พย.บ.

(รับ: 14 กรกฎาคม 2568, แก้ไข: 30 กันยายน 2568, ตอรับ: 8 ตุลาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะการปฏิบัติ ก่อนและหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมทักษะการเยี่ยมบ้านมารดาและทารกหลังคลอด ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ อสม. อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย จำนวน 50 คน เครื่องมือการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมการเยี่ยมบ้าน แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับมารดาและทารกหลังคลอด และแบบประเมินทักษะการปฏิบัติ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วย IOC มีค่า 0.93, 0.90 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบทีคู่

ผลการวิจัย พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในระดับปานกลาง (Mean 6.08, SD 1.37) และทักษะการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านอยู่ในระดับต่ำ (Mean 4.20, SD 1.69) หลังได้รับโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง (Mean 9.58, SD 0.76; และ Mean 9.52, SD 0.74 ตามลำดับ) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้น การใช้โปรแกรมส่งเสริมทักษะการเยี่ยมบ้านมารดาและทารกหลังคลอดช่วยเพิ่มทั้งความรู้และทักษะการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะสำหรับภาวะหรือโรคอื่นๆ ต่อไปได้

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมทักษะการเยี่ยมบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มารดาและทารกหลังคลอด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงรายของ จังหวัดเชียงราย

Corresponding author E-mail: thitap1977@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงรายของ จังหวัดเชียงราย

The Effects of a home visit skill promotion program for postpartum mothers and infants on the knowledge and practical skills of village health volunteers in Chiang Khong District, Chiang Rai Province

Thitaporn Kantanate* B.N.S.

Donhathai Jaturakhachendecha** B.N.S.

Warunee Udompon* B.N.S.

(Received: July 14, 2025, Revised: September 30, 2025, Accepted: October 8, 2025)

Abstract

This one-group pretest–posttest quasi-experimental research design aimed at comparing knowledge and practical skills of village health volunteers (VHVs) before and after participation in a home visit skill promotion program for postpartum mothers and infants. A purposive sample of 50 VHVs in Chiang Khong District, Chiang Rai Province, was recruited. Research instrument included the home visit skill promotion program. Data collecting tools consisted of a personal data recording form, a postpartum maternal and infant knowledge assessment form, and a home-visit practice skills evaluation form and the quality was checked, yielding IOC values of 0.93, 0.90 และ 0.90, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-tests.

The results revealed that before receiving the program, the participants had a moderate level of knowledge score (Mean 6.08, SD 1.37) and low level of postpartum home visiting skills (Mean 4.20, SD 1.69). After completing the program, the mean scores on knowledge and practical skills were high (Mean 9.58, SD 0.76; and Mean 9.52, SD 0.74, respectively); yielding statistically significant increase ($p < .05$). Therefore, the implementation of the home visit skill promotion program for postpartum mothers and infants could enhance both the knowledge and practical skills of village health volunteers and could be applied to increase knowledge and skills for other conditions or diseases in the future.

Keywords: home visit promotion program, village health volunteers, postpartum mothers and infants

* Expert nurse, Chiang Khong Crown Prince Hospital, Chiang Rai.

Corresponding author E-mail: thitap1977@gmail.com

** Specialist professional nurse, Chiang Khong Crown Prince Hospital, Chiang Rai.

บทนำ

การเยี่ยมบ้านมารดาและทารกหลังคลอดเป็นส่วนสำคัญของการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home care) เพื่อประเมิน ภาวะสุขภาพ เสริมสร้างความรู้ และทักษะการดูแลตนเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมสุขภาพ ในระยะพักฟื้น 45 วันแรก หลังคลอด^{1,9} อย่างไรก็ตาม บุคลากรสาธารณสุขมีข้อจำกัดด้านเวลาและภาระงาน จึงต้องอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกำลังหลักทำหน้าที่เป็นผู้ถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพสู่ชุมชน เข้าใจวิถีชีวิตท้องถิ่น และได้รับการยอมรับจากประชาชน ส่งผลให้การติดตามมารดาหลังคลอดเข้าถึงได้ทั่วถึง และต่อเนื่อง^{3,8,14} เขตตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงรายมี 14 หมู่บ้าน ที่มีความหลากหลายด้านชาติพันธุ์ ศาสนา และฐานะทางเศรษฐกิจ บางครอบครัวอยู่ห่างไกลและเข้าถึงบริการสุขภาพได้ยาก แม้มีระบบสื่อสารที่ทันสมัยแต่ยังพบปัญหาในการติดตาม เช่น มารดาแจ้งที่อยู่ไม่ตรงหรือย้ายถิ่นหลังคลอด ส่งผลให้การเยี่ยมบ้านไม่ครบถ้วนโดยข้อมูลปี 2563-2565 พบมารดา หลังคลอด 382 ราย แต่ไม่สามารถติดตามได้ถึง 144 ราย (37.7%)¹⁴ ปัญหานี้สะท้อนข้อจำกัดของระบบบริการ ที่ยังไม่ครอบคลุมทั่วถึง และจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางใหม่ที่ สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ งานวิจัยนี้จึงเน้นแนวคิดการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment Theory) ของ Gibson และแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning) ของ Kolb¹³ ซึ่งเน้นการพัฒนาองค์ความรู้ และทักษะผ่านการฝึกปฏิบัติจริง เพื่อเสริมความมั่นใจให้อสม. ในการเยี่ยมบ้าน อย่างไรก็ตามที่ผ่านมา งานวิจัยด้านการดูแลมารดาหลังคลอด ยังมุ่งที่บทบาทบุคลากรสุขภาพมากกว่าอาสาสมัคร^{2,8} ขณะที่การศึกษาเพื่อพัฒนา “โปรแกรมเสริมทักษะเฉพาะสำหรับ อสม.” ยังมีไม่มาก^{4,7,11} ช่องว่างนี้จึงเป็นโอกาสสำคัญ

ในการสร้างรูปแบบการเสริมสมรรถนะให้อสม. สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีมาตรฐานและมั่นใจ

ด้วยสภาพปัญหาที่พบในตำบลเวียง ซึ่งมีความซับซ้อนทั้งด้านภูมิศาสตร์ และสังคมวัฒนธรรม การดำเนินการศึกษาที่นี้ จึงสะท้อนบริบทจริงของพื้นที่ชนบทชายแดน ที่ยังขาดความครอบคลุม ด้านสุขภาพมารดาหลังคลอด การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมทักษะการเยี่ยมบ้านสำหรับ อสม. ในพื้นที่นี้ จะช่วยเพิ่มความรู้อะทักษะ ลดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน และทำให้การติดตามมารดาและทารกมีคุณภาพมากขึ้น ทั้งยังสามารถเป็นต้นแบบให้พื้นที่อื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงนำไปปรับใช้ได้ต่อไป^{5,7,10,14}

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมทักษะการเยี่ยมบ้านมารดาและทารกหลังคลอด ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

2) เพื่อเปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมทักษะการเยี่ยมบ้านมารดาและทารกหลังคลอด ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

สมมติฐานการวิจัย

1) ค่าเฉลี่ยความรู้ หลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมทักษะการเยี่ยมบ้านมารดาและทารกหลังคลอด ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

2) ค่าเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติ หลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมทักษะการเยี่ยมบ้านมารดาและทารกหลังคลอด ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

(Quasi-experimental with one groups pretest-posttest design)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning Theory: ELT) ของ เดวิด เอ. โคลบ¹³ ซึ่งกล่าวว่าการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพเกิดจากกระบวนการวนรอบ 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. ประสบการณ์เชิงรูปธรรม (Concrete Experience) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับประสบการณ์ตรงจากการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านมารดาและทารกหลังคลอด ผ่านการสังเกตสภาพจริงและมีส่วนร่วมในสถานการณ์จริง

2. การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation) หลังจากทำหน้าที่ อสม. มีโอกาสสะท้อนและทบทวนสิ่งที่พบเจอ เช่น ปัญหาการให้นมบุตร การดูแลแผลฝีเย็บ หรือ ภาวะสุขภาพทารก

3. มโนทัศน์เชิงนามธรรม (Abstract Conceptualization) อสม. ได้รับองค์ความรู้เชิงทฤษฎีและแนวปฏิบัติที่ถูกต้อง เช่น แนวทางเยี่ยมบ้านมารดาหลังคลอดของกระทรวงสาธารณสุข การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และหลักการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก

4. การทดลองปฏิบัติ (Active Experimentation) อสม. นำความรู้และข้อสังเกตที่สรุปได้ไปทดลองใช้ในการเยี่ยมบ้านครั้งถัดไป พร้อมรับคำแนะนำและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การจัดโปรแกรมส่งเสริมทักษะการเยี่ยมบ้านที่ออกแบบให้สอดคล้องกับวงจร ELT ทำให้ผู้เข้าร่วม เพิ่มความรู้ (Knowledge) เกี่ยวกับการดูแลมารดาและทารกหลังคลอด และ ปรับปรุงทักษะการปฏิบัติ (Practice Skills) ในการประเมิน คัดกรอง และ ส่งเสริมสุขภาพครอบครัวได้จริง ผลลัพธ์นี้จึงสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยที่ตั้งไว้ ดังนั้น

กรอบแนวคิดที่อิงทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ จึงเป็นฐานสำคัญที่คาดว่าจะส่งผลต่อ การเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้และทักษะการปฏิบัติของ อสม. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมได้

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย 201 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อให้โอกาสการถูกเลือกของแต่ละบุคคลเท่าเทียม ลดอคติและเพิ่มความเป็นตัวแทนของประชากร

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power 3.1 ซึ่งได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในการวางแผนการทดลอง¹² โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบ (Power) = 0.95 ความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 (Alpha) = 0.05 ขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.5 ผลการคำนวณด้วย G*Power ภายใต้งานไขขำงต้น สำหรับการวิจัยแบบทดลองหนึ่งกลุ่ม ได้จำนวน 45 คน เพื่อลดปัญหาการสูญหาย-จำนวนตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10 ตามคำแนะนำของ Polit & Beck (2021) ได้จำนวน 50 คน ซึ่งเหมาะสมต่อการวิจัยเชิงปฏิบัติในพื้นที่ชุมชน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) เพศหญิงไม่จำกัดอายุและประสบการณ์ แต่ละหมู่บ้านจะจับสลากเข้ากลุ่ม 2) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย 3) ไม่มีปัญหาสุขภาพหรือปัญหาด้านการสื่อสารที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

ประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมทักษะการเยี่ยมบ้านมารดาและทารกหลังคลอด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานจริง ภายในโปรแกรมจัดเนื้อหาเชิงทฤษฎีควบคู่กับการฝึกปฏิบัติอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์

เพื่อสร้างความเข้าใจพื้นฐาน ตามด้วยการสาธิตวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง ให้ผู้เข้าร่วมได้สังเกตอย่างใกล้ชิด และฝึกทดลองปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง โดยใช้ทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เข้ารับการอบรมเป็นผู้สาธิตร่วม และใช้หุ่นทารกจำลองเพื่อฝึกปฏิบัติในขั้นตอนการดูแลทารกหลังคลอด

การจัดอบรม แบ่งออกเป็น 3 ฐาน คือ

ฐานที่ 1 ประเมินสภาพมารดาหลังคลอด

ฐานที่ 2 ประเมินทารกแรกเกิด

ฐานที่ 3 ทดสอบการปฏิบัติ

เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย ต่อเดือน ระยะเวลาในการทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการมารดาและทารกหลังคลอด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามรวม 10 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการผิดปกติของมารดาและทารกหลังคลอดที่ควรไปพบแพทย์ วิเคราะห์การเจริญเติบโตของทารกเบื้องต้น และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ลักษณะคำถามเป็นปรนัยชนิด 2 ตัวเลือก คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยจะแปลผลว่า อสม. มีความรู้มากหรือมีความรู้น้อยในการเยี่ยมบ้านมารดาและทารกหลังคลอด

3. แบบประเมินทักษะการปฏิบัติ การเยี่ยมบ้านมารดาและทารกหลังคลอด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จากการสังเกตการปฏิบัติตามกิจกรรม 10 กิจกรรม ผ่าน ไม่ผ่าน การปฏิบัติ โดยจะแปลผลว่า อสม. มีทักษะมากหรือมีทักษะน้อยในการเยี่ยมบ้านมารดาและทารกหลังคลอด

4. อุปกรณ์ที่ใช้ในการฝึกอบรมได้แก่ หุ่นจำลองเด็กทารก ปอดทวัดใช้ดิจิทัล สลายวัดรอบเอว เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัล เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้วชนิดพกพา ผู้วิจัยใช้อุปกรณ์จากโรงพยาบาลที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพหาค่าความเที่ยงตรงจากโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านแม่และเด็ก อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลมารดาทารก และนักวิชาการสาธารณสุข คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of item- objective Consistency: IOC) ค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) เท่ากับ 0.93, 0.90 และ 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลความรู้และทักษะก่อนและหลังการใช้โปรแกรมโดยใช้ Paired t-test

จริยธรรมทางการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขใบอนุญาต เลขที่ 129/2567 วันที่รับรอง 6 ธันวาคม 2567 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากผู้ร่วมวิจัยเท่านั้น ผู้ร่วมวิจัยได้ให้คำยินยอม และเข้าใจว่ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัว และสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ ข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น

การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึก และในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ เท่านั้น
ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ต.เวียง อ.เชียงของ จ.เชียงราย 50 คน มีรายละเอียด ดังนี้ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 50)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ		
1.1 ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	0	0.00
1.2 21-30 ปี	1	2.00
1.3 31-40 ปี	9	18.00
1.4 41 ปีขึ้นไป	40	80.00
2. การศึกษา		
2.1 ประถมศึกษา	10	20.00
2.2 มัธยมศึกษาตอนต้น	15	30.00
2.3 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	21	42.00
2.4 อนุปริญญา/ปวส.	1	2.00
2.5 ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	3	6.00
3. อาชีพ		
3.1 เกษตรกร	17	34.00
3.2 รับจ้าง	18	36.00
3.3 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	8	16.00
3.4 อื่นๆ	7	14.00
4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว		
4.1 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	33	66.00
4.2 10,001 - 20,000 บาท	14	28.00
4.3 20,001 - 30,000 บาท	3	6.00
4.4 30,001 - 40,000 บาท	0	0.00
4.5 มากกว่า 40,000 บาท	0	0.00
5. ระยะเวลาในการทำงานเป็น อสม.		
5.1 น้อยกว่า 1 ปี	4	8.00
5.2 1 - 10 ปี	18	36.00
5.3 11 - 20 ปี	18	36.00

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 50) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
5.4 21 ปีขึ้นไป	10	20.00

กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ที่ส่วนใหญ่ อายุ 40 ปีขึ้นไป การศึกษาระดับมัธยม รายได้ครัวเรือนค่อนข้างต่ำ แต่มีประสบการณ์ทำงานเป็น อสม. มานาน ทำให้มีศักยภาพในการเข้าร่วมโครงการพัฒนาทักษะเยี่ยมบ้านมารดาและทารกหลังคลอดได้ดี เพราะเข้าใจบริบทชุมชนและปัญหาสุขภาพของครอบครัวในพื้นที่

2. ด้านความรู้ก่อนใช้โปรแกรมส่งเสริมทักษะการเยี่ยมบ้านมารดาและทารกหลังคลอด

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 6.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.37 และค่าเฉลี่ยคะแนนหลังได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 9.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.76 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=18.63, p < .05$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มตัวอย่าง (n=50)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ความรู้การเยี่ยมบ้านมารดาและทารกหลังคลอด	6.08	1.37	9.58	0.76	18.63	<0.05

** $p < 0.05$,

3. ด้านทักษะก่อนใช้โปรแกรมส่งเสริมทักษะการเยี่ยมบ้านมารดาและทารกหลังคลอด

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะก่อนได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ

4.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.69 และค่าเฉลี่ยคะแนนหลังได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 9.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.74 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=22.19, p < .05$) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านทักษะ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มตัวอย่าง (n=50)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ทักษะการเยี่ยมบ้านมารดาและทารกหลังคลอด	4.2	1.69	9.52	0.74	22.19	<0.05

** $p < 0.05$,

อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทักษะการเยี่ยมบ้านมารดาและทารกหลังคลอด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการปฏิบัติสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 6.08 เป็น 9.58 คะแนน ($t=18.63, p<.05$) และค่าเฉลี่ยทักษะเพิ่มขึ้นจาก 4.2 เป็น 9.52 คะแนน ($t=22.19, p<.05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้ช่วยยกระดับศักยภาพในการดูแลมารดาและทารกหลังคลอดของ อสม. ได้ชัดเจน

1. เหตุผลเชิงบริบทของพื้นที่ตำบลเวียง อำเภอเชียงของ

ตำบลเวียงเป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทในเขตชายแดนไทย-ลาว ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและเกษตรกรรม (รวมกันถึง 70%) และมากกว่า 66% ของครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน ทำให้ครอบครัวจำนวนมากเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพและการเดินทางไปสถานบริการได้จำกัด ส่งผลให้บทบาทของ อสม. ในการติดตามเยี่ยมบ้านและให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่หญิงหลังคลอดและทารกมีความสำคัญสูง นอกจากนี้กลุ่ม อสม. ในพื้นที่ส่วนใหญ่มีอายุ 41 ปีขึ้นไป (80%) และกว่า 70% ทำงานอาสาสมัครเกิน 10 ปี จึงมีความใกล้ชิดและเป็นที่ยอมรับในชุมชน แต่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าความรู้ที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นประสบการณ์ที่สืบทอดกันมา ขาดหลักวิชาการและไม่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทาง ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่

ลักษณะเฉพาะของ ต.เวียง ซึ่งมีการกระจายตัวของหมู่บ้านและระยะทางไกลจากโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยหลังคลอดบางรายไม่สามารถเข้ารับคำแนะนำหรือมาตรวจติดตามสุขภาพตามเกณฑ์ ทำ

ให้อสม. จำเป็นต้องเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมต่อบริการสุขภาพของรัฐกับครอบครัวมารดาหลังคลอด การมีโปรแกรมฝึกอบรมที่เน้นทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ จึงตอบสนองต่อความต้องการในพื้นที่โดยตรง

2. ความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดและงานวิจัยก่อนหน้า

โปรแกรมนี้พัฒนาตามทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) ที่เน้นให้ผู้เข้าร่วมเชื่อมโยงประสบการณ์เดิมกับความรู้ใหม่ ผ่านการรับฟัง การสาธิต การทดลองปฏิบัติ และการสะท้อนกลับ (reflective observation) โดยมีพยาบาลวิชาชีพคอยให้ข้อมูลและกำกับการฝึกทักษะ ส่งผลให้อสม. มีความมั่นใจและสามารถประยุกต์ใช้ทักษะได้จริงในชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยในหลายพื้นที่ที่พบว่าโปรแกรมเสริมศักยภาพ อสม. ช่วยเพิ่มทั้งความรู้และทักษะ เช่น ศุภิสรา วรโคตร (2558) ที่พัฒนาโปรแกรมเยี่ยมบ้านหลังคลอดแล้วพบว่าคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ งานของนงนุช หอมเนียม และคณะ (2565) ที่เพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านและงานของเพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2558) ที่พัฒนาโปรแกรมให้อสม. สามารถประเมินและดูแลโรคหัวใจได้ถูกต้อง

3. เหตุผลที่ทำให้ผลลัพธ์เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

1) **ลักษณะประชากรผู้เข้าร่วม:** อสม. ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงวัยกลางคนขึ้นไปและมีประสบการณ์ดูแลตนเองหรือครอบครัวหลังคลอดมาก่อน จึงสามารถเข้าใจและเชื่อมโยงประสบการณ์กับเนื้อหาวิชาการได้ง่าย 2) **บริบทเศรษฐกิจและระบบสุขภาพในพื้นที่:** ครัวเรือนรายได้ต่ำและห่างไกลสถานบริการ ทำให้ผู้รับบริการต้องพึ่งพา อสม. การได้ทักษะเพิ่มเติมจึงช่วยแก้ปัญหาสุขภาพมารดาและทารกในระดับชุมชนได้ตรงจุด 3) **รูปแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสม:** โปรแกรมจัดทั้งการบรรยาย วิดีทัศน์

การสาธิต และการฝึกปฏิบัติจริงกับหุ่นและการจำลองสถานการณ์ เพิ่มความมั่นใจและลดความประหม่า

4. ข้อเสนอเชิงปฏิบัติ

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมส่งเสริมทักษะที่สอดคล้องกับสภาพสังคม เศรษฐกิจ และโครงสร้างบริการสุขภาพในพื้นที่ชายแดน เช่น ตำบลเวียง ช่วยให้อสม. สามารถทำงานเชิงรุกและสนับสนุนระบบการเยี่ยมบ้านหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่คล้ายคลึงกันควรประยุกต์โปรแกรมนี้ไปใช้ พร้อมปรับเนื้อหาให้เข้ากับปัญหาเฉพาะถิ่น เช่น ภาวะขาดโภชนาการหรือการเข้าถึงบริการฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ควรนำแนวทางการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริม

ทักษะการเยี่ยมบ้าน โดยเฉพาะการเพิ่มความรู้และทักษะปฏิบัติไปปรับใช้กับปัญหาสุขภาพอื่นๆ ซึ่งอาจแตกต่างกันตามปัญหาสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ขยายโปรแกรมการส่งเสริมทักษะความรู้และการปฏิบัติในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ติดตามเยี่ยมกลุ่มผู้ป่วย ติดบ้าน ติดเตียง เพื่อให้มีความรู้และทักษะเฉพาะด้านเพิ่มขึ้น
2. มีการศึกษาติดตามผลลัพธ์ระยะยาว ในเวลา 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อประเมินการคงอยู่ของความรู้และทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องระยะต่อเนื่อง

References

1. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines and standards for home patient care (Home ward). Hansombun P, editor. 2022. Available from: https://www.dms.go.th/backend//Content/ContentFile/Publication/Attach/25650805113031AM_homeward.pdf Thai.
2. Kamolwan Leenatham, Tanida Julvanichpong. Effects of knowledge and social support program on postpartum mothers' stress. Eastern University of Management and Technology Journal. 2014 Jan-Jun; 11(1):1-11. Thai.
3. Chawthip Boromthanarat. Quality of home health care services according to perceptions and expectations of patients with chronic diseases in urban communities, Suphanburi Province. Public Health Nursing Journal. 2017 May-Aug; 31(2): 201-18. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/Article/view/105053>. Thai.
4. Nongnuch Hormniam, Supaporn Marangsee, Donnapa Jira-on. Effects of a capacity building program for village health volunteers (VHVs) in caring for homebound and bedridden patients in Chum Hed Subdistrict, Mueang District, Buriram Province. Udonthani Hospital Medical Journal. 2022; 30(3):460-70. Thai.
5. Penchan Sanprasarn, Duangkamo Watratul, Voranich Phuapairot, Kanogporn Jamsomboon, Laddawan Techangkul, Yupha Uayuen. Effects of a participatory learning capacity development program for VHVs on knowledge and skills in caring for heart disease patients and those at risk for cardiovascular disease. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2015; 26(1): 119-32. Thai.

6. Wanisa Hayise, Tidarat Wangsawat, Wimolwan Damklai, Nujjaree Chaimongkol. Effects of self-efficacy promotion program for VHVs in caring and monitoring preterm infants after hospital discharge. 2019; 27(2): 30-39. Thai.
7. Waraporn Booncharoen. Effect of a knowledge program for VHVs on surveillance and prevention of severe community-acquired sepsis among older adults in Kwaie Om Subdistrict, Amphawa District, Samut Songkhram Province. Journal of Environmental Health and Community Health. 2024; 9(5):487-95. Thai.
8. Supissara Worakot. Continuity of care for postpartum mothers and newborns by multidisciplinary teams and district health networks. Thai Journal of Nursing Practice and Midwifery. 2015; 2(1): 61-68. Thai.
9. Bureau of Nursing, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Home patient nursing. Likitluecha K, Lapphakdee T, Kladjompong P, editors. Bangkok: Cooperative League of Thailand Printing House; 2013. Thai.
10. Division of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health. Surveillance indicators. 2023. Available from: <https://hp.anamai.moph.go.th/th/report-kpi-2566> Thai.
11. Eramdern Techama, Rungrat Srisuriyawet, Wannipa Asawachaisuwikrom. Effects of a knowledge and skill enhancement program on home care for chronic obstructive pulmonary disease patients by community health volunteers. Burapha University Journal of Public Health. 2014; 9(1): 77-90. Thai.
12. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods. 2014;46(1):1-11.
13. Kolb DA. Experiential learning: Experience as the source of learning and development. New Jersey: Prentice-Hall; 1984.
14. Somdet Phra Yuparat Chiang Khong Hospital. Annual report of Family and Community Medicine Unit, Wiang Subdistrict, Chiang Rai Province, 2022. Chiang Rai: Somdet Phra Yuparat Chiang Khong Hospital; 2022. Thai.
15. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
16. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลพระสงฆ์ที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ในโรงพยาบาลสงฆ์

พรเพ็ญ แจ่มกระจาย* พย.บ.

พจน์มัลลย์ สังข์เสนะ** พย.บ

ระพี จะปัญญา** พย.บ

(รับ: 16 กันยายน 2568, แก้ไข: 13 ตุลาคม 2568, ตอรับ: 3 พฤศจิกายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลพระสงฆ์ที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในโรงพยาบาลสงฆ์ การดำเนินงานประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ (1) การศึกษาสถานการณ์และความต้องการ (2) การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ และ (3) การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ ผ่านการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 และ 2 ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 10 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 ได้แก่ พระสงฆ์ที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา 62 รูป แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 รูป และกลุ่มควบคุม 31 รูป

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การสร้างความตระหนักและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (2) การพัฒนาระบบและมาตรฐานบริการพยาบาล (3) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาล และ (4) กลไกการขับเคลื่อนและการประเมินผล ภายหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) และระดับการมองเห็น (LogMAR) ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รวมทั้งมีระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการส่งเสริมการดูแลตนเองและพัฒนาผลลัพธ์ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และสามารถประยุกต์ใช้ในบริบทโรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: การพยาบาลพระสงฆ์ เบาหวานขึ้นจอประสาทตา โรงพยาบาลสงฆ์ รูปแบบการพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์

Corresponding author E-mail: pornpen8586@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสงฆ์

Development of Nursing care Model for Monks with Diabetic Retinopathy In The Priest Hospital

Pornpen Jamkrajay*	B.N.S.
Potmalai Sangsanor**	B.N.S.
Rapee Japunya**	B.N.S.

(Received: September 16, 2025, Revised: October 13, 2025, Accepted: November 3, 2025)

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate a nursing care model for monks with diabetic retinopathy (DR) at the Priest Hospital. The study was conducted in three phases: (1) situation analysis and needs assessment, (2) development and pilot implementation of the model, and (3) outcome evaluation using a quasi-experimental two-group pretest-posttest design. Ten professional nurses participated in Phases 1 and 2. In Phase 3, the sample included 62 monks with DR, divided into an experimental group (n = 31) and a control group (n = 31).

The developed model consisted of four components: (1) promoting awareness and healthy behaviors, (2) improving nursing service systems and standards, (3) strengthening nursing staff competencies, and (4) establishing mechanisms for implementation and evaluation. After the intervention, the experimental group showed significantly better HbA1c levels and visual acuity (LogMAR) than the control group ($p < 0.05$). They also had higher levels of knowledge, self-care behaviors, and quality of life ($p < 0.05$).

These findings suggest that the nursing care model is effective in improving self-care and health outcomes among monks with DR and is appropriate for use in the Priest Hospital setting.

Keywords: Buddhist monk nursing, diabetic retinopathy, Priest Hospital, nursing care model

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Head of Outpatient Department, Priest Hospital
Hospital Corresponding author E-mail: pornpen8586@gmail.com

** Registered Nurse, Professional Level, Priest Hospital

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมถึงในประเทศไทย¹ ภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงที่สุดประการหนึ่ง คือ ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Diabetic Retinopathy - DR) ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการตาบอดในผู้ใหญ่ หากไม่ได้รับการคัดกรองและดูแลรักษาที่เหมาะสม² สำหรับกลุ่มพระสงฆ์ ปัญหาโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนพบได้ในอัตราที่สูง³ ความรุนแรงของปัญหาในบริบทของกลุ่มพระสงฆ์ พบว่า สถิติพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะ DR ในโรงพยาบาลสงฆ์ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2565, 2566, 2567) มีแนวโน้มความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สถิติปี 2565 พระสงฆ์ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร้อยละ 20.4 โดยในปี พ.ศ. 2566 มีพระสงฆ์ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ร้อยละ 28.33 และพบพระสงฆ์ที่มีภาวะ DR ทุกระยะ คิดเป็นร้อยละ 84.12 ของผู้ได้รับการคัดกรอง โดยในปี พ.ศ. 2567 พบว่า พระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานมีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ระยะมีการสร้างหลอดเลือดผิดปกติที่จอประสาทตา (Proliferative Diabetic Retinopathy; PDR) ซึ่งเป็นระยะรุนแรงที่สุด มีจำนวนมากขึ้นถึง ร้อยละ 35.83⁴

อย่างไรก็ตาม การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์มีความแตกต่างและมีข้อจำกัด เนื่องจากวิถีชีวิตในกิจวัตรประจำวันของพระสงฆ์ การฉันภัตตาหารที่มาจากการบิณฑบาต และข้อวัตรปฏิบัติทางพระธรรมวินัย ซึ่งทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์เป็นไปได้ยาก⁵ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผลกระทบของภาวะ DR ที่นำไปสู่การสูญเสียการมองเห็น ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการดำเนินกิจวัตรประจำวันของพระสงฆ์โดยตรง⁶ การมี

ภาวะตาบอดหรือสายตาดูเลือนรางอย่างรุนแรงทำให้พระสงฆ์ไม่สามารถประกอบกิจวัตรที่สำคัญ เช่น การออกบิณฑบาต การเดินจงกรม เดินธุดงค์ และการศึกษาพระธรรมวินัยด้วยตนเองได้ ซึ่งขัดต่อการดำรงสถานะเป็นสมณเพศ และเป็นอุปสรรคต่อการเผยแผ่พระพุทธศาสนา ดังนั้น โรงพยาบาลสงฆ์ซึ่งเป็นสถานพยาบาลหลักที่ให้การดูแลพระสงฆ์ โดยเฉพาะ จึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพระสงฆ์ ในการป้องกัน บรรเทาอาการ หรือให้การดูแลให้กลุ่มพระสงฆ์ดังกล่าวมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับภาวะการเจ็บป่วย

แม้ว่าการดูแลภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตามีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์มาอย่างต่อเนื่อง แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่างานวิจัยที่ผ่านมายังขาดรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการความรู้ทางการแพทย์เข้ากับหลักพระธรรมวินัยและบริบทเฉพาะของพระสงฆ์ โดยเน้นการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตการดำรงตนเป็นพระสงฆ์อย่างแท้จริง⁷⁻⁸ ที่สำคัญคือ ยังขาดการประเมินผลรูปแบบการพยาบาลอย่างครอบคลุมในทุกมิติ ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิก (HbA1c และ LogMAR) ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม (ความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเอง) และคุณภาพชีวิต⁹ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรของโรงพยาบาลสงฆ์ จึงสนใจพัฒนารูปแบบการพยาบาลพระสงฆ์ที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้ได้รูปแบบการพยาบาลที่เป็นรูปธรรมและสามารถนำไปใช้ในการดูแลพระสงฆ์ได้อย่างแท้จริง อันจะส่งผลให้พระสงฆ์ที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตามีความปลอดภัยและการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วารสารกองการพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลพระสงฆ์ที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในโรงพยาบาลสงฆ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้พัฒนาขึ้นจากการบูรณาการแนวคิดระบบ (Systems Theory)⁹ ร่วมกับการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing)¹⁰ และการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care)¹¹ โดยแนวคิดเหล่านี้ถูกปรับให้เข้ากับบริบทและวิถีปฏิบัติของพระสงฆ์ตามพระธรรมวินัย เพื่อให้การดูแลภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตามีประสิทธิภาพครอบคลุมทั้งผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีการจำแนกผลลัพธ์ (Outcomes) ของรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเป็น 2 มิติ ดังนี้ 1) ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes) คือ ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) และระดับการมองเห็น (LogMAR) 2) ผลลัพธ์ทางพฤติกรรมและจิตสังคม (Behavioral and Psychosocial Outcomes) คือ ระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลพระสงฆ์ที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในโรงพยาบาลสงฆ์ ดำเนินการวิจัย ตั้งแต่ เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 – เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกลุ่มการพยาบาล และ พระสงฆ์ที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ ในช่วงระยะเวลาดังกล่าว

กลุ่มตัวอย่าง จากการคัดเลือกแบบ

เฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย

1. พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาสถานการณ์ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจเบาหวาน และห้องตรวจจักษุ และ 2) กลุ่มประเมินผลการใช้รูปแบบ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจเบาหวาน และห้องตรวจจักษุ

2. พระสงฆ์ที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 62 รูป โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นพระสงฆ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและมีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (DR) 2) มีอายุระหว่าง 40-80 ปี 3) สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง และ 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากเบาหวาน (เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำรุนแรง) 2) มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง หรือภาวะทางจิตเวชที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 3) มีโรคตาอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับเบาหวานและส่งผลต่อการมองเห็น และ 4) เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดตาในช่วง 3 เดือนก่อนการเก็บข้อมูลหรือระหว่างการศึกษา

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power Analysis กำหนดค่า Power ที่ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) ที่ .05 และ Effect Size ที่ .80 โดยอ้างอิงเกณฑ์การวัดขนาดผลกระทบที่ถือว่าเป็น Large Effect Size ตามแนวคิดของ Cohen¹² ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเชิงแทรกแซงการพยาบาลที่คาดหวัง

ผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมในระดับที่ชัดเจนที่คล้ายคลึงกัน¹³ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 รูป เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการศึกษา ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 62 รูป แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 รูป และกลุ่มควบคุม 31 รูป

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสงฆ์ เลขที่ 8/2567 รับรอง ณ วันที่ 6 พฤศจิกายน 2567 ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักของปฏิญญาเฮลซิงกิ¹⁴ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย รวมถึงการรักษาความลับของข้อมูล และการขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยตา และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนารูปแบบการพยาบาล รายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลพระสงฆ์ที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และ คู่มือการใช้รูปแบบ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI 1.0 ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) การสร้างความตระหนักและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในพระสงฆ์ผ่านคลินิกเฉพาะทางและสื่อ 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) 3) การอบรมทักษะเฉพาะทางและพระธรรมวินัย และ 4)

กลไกการขับเคลื่อนและการประเมินผล เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพและยั่งยืน

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป (อายุ ระยะเวลาบวช การศึกษา) ประวัติโรคเบาหวาน (ระยะเวลา การรักษา) และภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ผลตรวจระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) และระดับการมองเห็น (LogMAR)

2.2 แบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานและภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มี 20 ข้อ ลักษณะมาตรวัดแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ค่า CVI = 0.86 นำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 15 ราย ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient = .85

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองสำหรับพระสงฆ์ ดัดแปลงจากเครื่องมือของ นพพล ภูทอง วารุณี เกตุมี พินดา ชัยฤทธิ์ และคณะ¹⁵ มี 30 ข้อ คำตอบเป็นการประมาณค่า 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ค่า CVI=0.89 หาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 15 ราย ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient = .89

2.4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับพระสงฆ์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มี 20 ข้อ

คำตอบเป็นการประมาณค่า 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ค่า CVI=0.92 หาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 15 ราย ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient = .92

วิธีการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยและพัฒนานี้ มี 3 ระยะ ดำเนินการ

วสารกองการพยาบาล

ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ระยะนี้ ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการการดูแลของพระสงฆ์ที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา รวมถึงแนวทางการพยาบาลในโรงพยาบาลสงฆ์ จากมุมมองของบุคลากรทางการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลในระยะนี้ คือ พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกห้องตรวจเบาหวาน และห้องตรวจจักษุ 5 คน ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ถูกนำมาใช้เป็นฐานในการออกแบบและพัฒนาารูปแบบการพยาบาลในระยะถัดไป นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจเบื้องต้นจากกลุ่มผู้รับบริการในบริบทปกติ (N=98) เพื่อระบุจุดอ่อนและจุดแข็งของรูปแบบการพยาบาลในปัจจุบัน

ระยะที่ 2 การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ ระหว่าง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 - เดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) แนวคิดและทฤษฎีการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนบริบทเฉพาะของพระสงฆ์ เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลพระสงฆ์ที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลักที่ทำงานสัมพันธ์กัน ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 การพัฒนาความตระหนักรู้และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในพระสงฆ์ (Health Literacy & Behavior Promotion for Monks) องค์ประกอบที่ 2 การพัฒนาระบบการทำงานและมาตรฐานบริการพยาบาล (System & Standard Development) โดยส่วนนี้มุ่งเน้นการสร้างระบบและเครื่องมือที่ช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยการจัดทำแนว

ปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพระสงฆ์อาพาธเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่ครอบคลุม 5 ระยะ คือ การคัดกรองและประเมินภาวะอาพาธ ให้ความรู้และสร้างความตระหนัก ส่งเสริมการปฏิบัติตนและปรับวิถีชีวิต ประสานงานและส่งต่อ และติดตามและประเมินผล องค์ประกอบที่ 3 การพัฒนาศักยภาพและความเชี่ยวชาญของบุคลากรพยาบาล และองค์ประกอบที่ 4 กลไกการขับเคลื่อนและการประเมินผล

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบฯ ระหว่างเดือนมกราคม – เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น โดย (1) เก็บข้อมูลพื้นฐาน ผล HbA1c, LogMAR คะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ทั้งสองกลุ่ม และ (2) ดำเนินการตามรูปแบบการพยาบาลในกลุ่มทดลองเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีพยาบาลวิจัยเป็นผู้ดำเนินการตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลของตัวแปรที่ศึกษา ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคุณลักษณะพื้นฐานของพระสงฆ์ระหว่างสองกลุ่ม และเปรียบเทียบผลต่างของ HbA1c ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติเชิงอนุมาน Independent t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนคุณภาพชีวิต หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยควบคุมอิทธิพลของคะแนนก่อนการทดลอง ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) และ เปรียบเทียบ

วารสารกองการพยาบาล

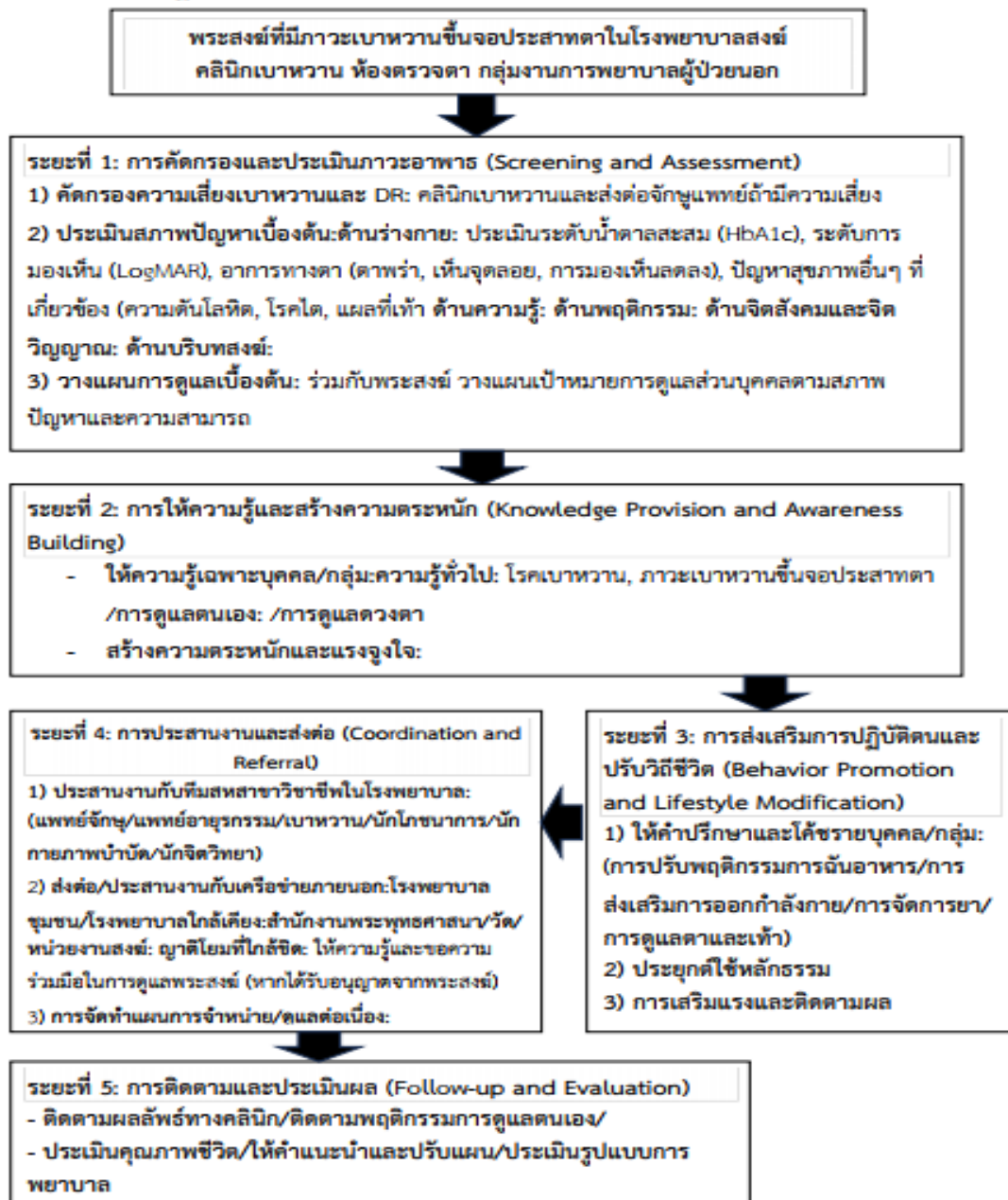
สัดส่วนการเปลี่ยนแปลงระดับการมองเห็นระหว่างกลุ่ม ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์รูปแบบพยาบาลพระสงฆ์อาพาธที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในโรงพยาบาลสงฆ์ พบว่า โรงพยาบาลสงฆ์มีบุคลากรพยาบาลที่มีคุณภาพสูง และตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (DR) แต่การจัดบริการพยาบาลยังมีช่องว่างสำคัญในการนำแผนไปปฏิบัติอย่างครอบคลุม ความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ยังเป็นอุปสรรค ทำให้ขาดความตระหนักในการตรวจคัดกรอง เมื่อไม่มีอาการ ความท้าทายในการดูแล คือ การขาดการบูรณาการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ และความต้องการการพัฒนาโครงสร้างระบบและทรัพยากรอย่างเร่งด่วนเพื่อยกระดับคุณภาพบริการและการเข้าถึงของพระสงฆ์อย่างยั่งยืน

2. รูปแบบการพยาบาลพระสงฆ์ที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในโรงพยาบาลสงฆ์

รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ เพื่อแก้ไขปัญหาที่พบจากการวิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วย องค์ประกอบที่ 1 การพัฒนาความตระหนักและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในพระสงฆ์ องค์ประกอบที่ 2 การพัฒนาระบบการทำงานและมาตรฐานบริการพยาบาล โดยจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาล (CNPG) ที่ครอบคลุม พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุน (IT Support) ที่เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างแผนก และทบทวนอัตรากำลัง รวมถึง Nurse Case Manager เฉพาะสำหรับพระสงฆ์ องค์ประกอบที่ 3 การพัฒนาศักยภาพและความเชี่ยวชาญของบุคลากรพยาบาล โดยจัดอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง (DR การสื่อสารเชิงพุทธ พระธรรมวินัย) และส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน และองค์ประกอบที่ 4 กลไกการขับเคลื่อนและการประเมินผล โดยการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ เพื่อกำกับดูแลและกำหนดการประเมินผลลัพธ์อย่างชัดเจน



แผนภาพที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลพระสงฆ์ที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในโรงพยาบาลสงฆ์

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบฯ พบว่า ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพ ตามตารางที่ 1 และ 2 ชีวิตของพระสงฆ์ในกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่ม

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปรผลลัพธ์ (Outcomes)	กลุ่ม (Group)	ก่อนการทดลอง (Pre-test) $\bar{x} \pm SD$	หลังการทดลอง (Post-test) $\bar{x} \pm SD$	ค่าเฉลี่ยที่ เปลี่ยนแปลง (Difference)
1. ผลลัพธ์ทางคลินิก				
ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) (หน่วย: %)	กลุ่มทดลอง (n=31)	8.9 $\pm$ 1.5	7.5 $\pm$ 0.8	-1.4
	กลุ่มควบคุม (n=31)	8.8 $\pm$ 1.3	8.6 $\pm$ 1.2	-0.2
ระดับการมองเห็น (LogMAR)	กลุ่มทดลอง (n=31)	0.8 $\pm$ 0.3	0.4 $\pm$ 0.2	-0.4
	กลุ่มควบคุม (n=31)	0.9 $\pm$ 0.3	0.8 $\pm$ 0.3	-0.1
2. ผลลัพธ์ทางพฤติกรรมและจิตสังคม				
ระดับความรู้	กลุ่มทดลอง (n=31)	10.5 $\pm$ 2.1	17.8 $\pm$ 1.3	+7.3
	กลุ่มควบคุม (n=31)	10.2 $\pm$ 2.0	11.5 $\pm$ 1.8	+1.3
พฤติกรรมการดูแล ตนเอง	กลุ่มทดลอง (n=31)	2.5 $\pm$ 0.5	4.2 $\pm$ 0.4	+1.7
	กลุ่มควบคุม (n=31)	2.6 $\pm$ 0.4	3.0 $\pm$ 0.5	+0.4
คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง (n=31)	2.8 $\pm$ 0.6	4.0 $\pm$ 0.5	+1.2
	กลุ่มควบคุม (n=31)	2.9 $\pm$ 0.5	3.2 $\pm$ 0.4	+0.3

ตารางที่ 2 ประสิทธิภาพของรูปแบบฯ เปรียบเทียบผลลัพธ์หลังการทดลอง

ลำดับ	ตัวแปรผลลัพธ์ (Outcomes)	กลุ่ม ทดลอง (ค่าเฉลี่ย/ สัดส่วน)	กลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ย/ สัดส่วน)	สถิติที่ใช้ (Statistic)	ค่าสถิติ (Value)	นัยสำคัญ (p-value)
1. ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes)						
1.1	ระดับน้ำตาลสะสม	7.0%	8.1% (Mean)	Independent t-	t=8.12	< 0.001

ลำดับ	ตัวแปรผลลัพธ์ (Outcomes)	กลุ่ม ทดลอง (ค่าเฉลี่ย/ สัดส่วน)	กลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ย/ สัดส่วน)	สถิติที่ใช้ (Statistic)	ค่าสถิติ (Value)	นัยสำคัญ (p-value)
	(HbA1c)	(Mean)		test		
1.2	ระดับการมองเห็น (LogMAR)	0.42 (Mean)	0.53 (Mean)	Independent t- test	t= -3.50	0.001
1.3	สัดส่วนการมองเห็น	90.3%	51.6%	Chi-square (χ^2)	$\chi^2=10.98$	0.001
2. ผลลัพธ์ทางพฤติกรรมและจิตสังคม (Behavioral & Psychosocial Outcomes)						
2.1	ระดับความรู้ด้าน สุขภาพ	17.75 (Adj. Mean)	11.58 (Adj. Mean)	ANCOVA (F)	F=186.20	< 0.001
2.2	พฤติกรรมการดูแล ตนเอง	4.19 (Adj. Mean)	3.01 (Adj. Mean)	ANCOVA (F)	F=115.55	< 0.001
2.3	คุณภาพชีวิต	3.98 (Adj. Mean)	3.21 (Adj. Mean)	ANCOVA (F)	F=95.80	< 0.001

หมายเหตุ:

Adj. Mean คือ ค่าเฉลี่ยที่ปรับแล้วโดยควบคุมผลก่อนการทดลอง (Pre-test)

p < 0.001 หมายถึง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001.

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามระยะการพัฒนា ดังนี้

2.1 การอภิปรายผลสถานการณ์การพยาบาล จากการศึกษาพบว่าจุดแข็ง ด้านศักยภาพของพยาบาล สอดคล้องกับงานวิจัยที่เน้นถึงความสำคัญของศักยภาพและความพร้อมของบุคลากรพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา^{16,17} อย่างไรก็ตาม ความท้าทายที่พบคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ที่ยังต่ำ ทำให้ไม่เห็นความสำคัญของการตรวจตาเมื่อไม่มีอาการ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่สอดคล้องกับงานวิจัยของ โกนิญส์ ศรีทอง และคณะ¹⁸ ที่ชี้ให้เห็น

ว่าการขาดความรู้เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง และการเข้าถึงบริการคัดกรอง¹⁹ นอกจากนี้ความต้องการพัฒนาระบบการดูแลแบบบูรณาการ ระหว่างแผนก ยังสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ World Health Organization (WHO)² และงานวิจัยอื่นที่เน้นย้ำความจำเป็นของการทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพ เพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัย²⁰

2.2 การอภิปรายผลการพัฒนาารูปแบบรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูง เนื่องจากการได้รับการออกแบบมาเพื่ออุดช่องว่าง จากการวิเคราะห์สถานการณ์ และสอดคล้องกับแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก (WHO)²

วสารกองการพยาบาล

ที่เน้นการปรับโปรแกรมสุขภาพให้เข้ากับบริบทและวัฒนธรรมเฉพาะ ของกลุ่มเป้าหมาย (พระสงฆ์) โดยองค์ประกอบที่ 1 (การพัฒนาความตระหนักรู้): การใช้สื่อที่สอดคล้องกับพระธรรมวินัย²¹ เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการสร้างความตระหนักรู้ องค์ประกอบที่ 2 และ 3 (ระบบและศักยภาพบุคลากร): การจัดทำ แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจน (CPG)²² การใช้ IT Support System²³ และการจัดอบรม ทักษะการสื่อสารเชิงพุทธ⁸ ถือเป็นการยกระดับสมรรถนะของพยาบาล และเป็นหลักประกันให้การดูแลเป็นไปตามมาตรฐาน (สภาการพยาบาล, 2561)²² และองค์ประกอบที่ 4 (กลไกการขับเคลื่อน): การมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและกลไกการประเมินผลทำให้รูปแบบการพยาบาลมีความยั่งยืนและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง²⁴

2.3 การอภิปรายผลประสิทธิผลของรูปแบบผลการวิจัยยืนยันว่ารูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในมิติต่างๆ อย่างชัดเจน คือ 1) ผลลัพธ์ทางคลินิก (HbA1c และ LogMAR): ระดับ HbA1c ที่ลดลงเหลือ 7.0% และระดับ LogMAR ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติของ American Diabetes Association (ADA, 2023)²⁵ และ ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย (2564)²⁶ ที่เน้นว่าการควบคุมระดับน้ำตาลเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการป้องกันและชะลอการเสื่อมถอยของการมองเห็น 2) ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม (ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง): คะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ เป็นผลมาจากการออกแบบโปรแกรมที่เน้นการสร้างแรงจูงใจและความตระหนัก ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎี Self-efficacy ของ Bandura (1977)²⁷ ที่กล่าวว่าการเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และ

3) คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจ: การที่คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจต่อการบริการสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญบ่งชี้ว่ารูปแบบการพยาบาลนี้เป็นการดูแลแบบองค์รวม⁶ ซึ่งไม่เพียงแต่รักษาอาการทางคลินิก แต่ยังตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคมและวัฒนธรรมของพระสงฆ์ สอดรับกับหลักการจัดการบริการที่ว่าคุณภาพจะนำไปสู่ความพึงพอใจสูงสุดของผู้รับบริการ^{28, 29}

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้: ควรส่งเสริมและขยายผลรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลสงฆ์และสถานพยาบาลทั่วประเทศ โดยเน้นการจัดอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และเผยแพร่องค์ความรู้ไปยังพระสงฆ์เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน

2. การวิจัยครั้งต่อไป: ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสำรวจประสบการณ์และความพึงพอใจเชิงลึกของพระสงฆ์เพื่อนำไปปรับปรุงรูปแบบ รวมถึงศึกษาติดตามผลลัพธ์ของรูปแบบในระยะยาว (6 เดือน - 1 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ คณะอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาชี้แนะให้คำปรึกษา หลักการวิจัยที่สมบูรณ์ถูกต้อง ขอพระคุณดร.มะลิวรรณ อังคินิตย์ หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่กรุณาชี้แนะให้รายงานวิจัยมีความสมบูรณ์ ขอขอบคุณผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลสงฆ์ทุกระดับ น้องๆ พยาบาลที่สนับสนุนและร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ และขอพระคุณพระสงฆ์ที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาทุกท่านที่ร่วมวิจัย

References

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021.
2. World Health Organization. Blindness and vision impairment [Internet]. 2021. [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>.
3. Thamkittirattanakul K. Monks and non-communicable diseases: situation and solutions. Journal of Public Health. 2019; 49(1): 1-13.
4. Hospital for Monks Medical Records Department. Statistics of monks with diabetic retinopathy in the Hospital for Monks 2023. (Internal Data) Thai.
5. National Office of Buddhism. Rules and guidelines for Buddhist monks. Bangkok: National Office of Buddhism; 2017. Thai.
6. Thitithammasith P, et al. Quality of life of diabetic patients receiving holistic care. Journal of Nursing Science and Health. 2020;43(3):67-79. Thai.
7. Nithiyanan W, et al. Development of an integrated diabetes care system at Nonghan Hospital. Journal of Nursing and Health, Srinakharinwirot University. 2018;11(3):11-23. Thai.
8. Jarumontee R, Panasuttha K, Thakudom K. Development of a program to promote knowledge and self-care behaviors among diabetic patients with foot complications. Journal of Public Health Nursing. 2021;35(1):77-90. Thai.
9. Bertalanffy L von. General System Theory: Foundations, Development, Applications. New York: George Braziller; 1968.
10. Dossey BM, Keegan L, Guzzetta CE. Holistic nursing: A handbook for practice. 7th ed. Burlington (MA): Jones & Bartlett Learning; 2016.
11. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press; 2001.
12. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988. And Cohen J. Quantitative methods in psychology: A power primer. Psychol Bull. 1992;112(1):155–159.
13. Tapanee Singbawornnan. The effect of health promotion services on reducing lifestyle risk behaviors among employees in a workplace setting, Mueang Roi Et District, Roi Et Province. Journal of Environmental Education Medical and Health. 2024;1(4):xx-xx. Thai.
14. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 2013;310(19):2013–2014.
15. Phuthong N, Ketmee W, Chairit P. Effectiveness of diabetic patient care by a specialized diabetic clinic. Journal of Nursing and Health, Srinakharinwirot University. 2019;11(3):11-23. Thai.

วารสารกองการพยาบาล

16. Sriraphong P, Umpanich S, Chuenchom N. Nursing capacity in caring for diabetic patients with ocular complications. *Nursing Journal*. 2019;43(3):11-23. Thai.
17. Srithong K, Jearajit C, Suksathit B, Phromchittipong C. Health literacy situation of Thai monks. *Journal of Nursing and Public Health*. 2021;35(1):1-13. Thai.
18. Department of Health. Guidelines for promoting health literacy and health behaviors. Bangkok: Ministry of Public Health; 2021. Thai.
19. Sunatda kachenchai, Mujjarin Asavapat. Development of an end-of-life care system for continuous home care in outpatients. *Journal of Academic Health Service Support*. 2021;17(1):27-36. Thai.
20. Rungruang S, Suraseni S, Mankarn A. Factors influencing health literacy of type 2 diabetic patients. *Journal of Academic Public Health*. 2018;27(6):1139-49. Thai.
21. The Thailand Nursing and Midwifery Council. Standards for nursing and midwifery. Nonthaburi: The Thailand Nursing and Midwifery Council; 2018. Thai.
22. Liwchaloemwong W, Nithiyanan W. Development of an integrated chronic disease care system (Thai). *Journal of Nursing and Health*. 2019;12(1):1-15.
23. Wongsuriya A, Poonperm C, Kaewatthana C. Factors affecting the workload of professional nurses in community hospitals. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima*. 2020;26(1):5-18. Thai.
24. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care*. 2023;46(Suppl 1):S1-S291.
25. Royal College of Ophthalmologists of Thailand. Clinical practice guideline for diabetic retinopathy. Bangkok: Royal College of Ophthalmologists of Thailand; 2021. Thai.
26. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2): 191–215.
27. Kotler P, Keller KL. Marketing management. 15th ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson Education; 2016.
28. Chantarasri P, Suwanthong T. Quality of nursing services and outpatient satisfaction. *Journal of Academic Public Health*. 2020;29(4):654-65. Thai.
29. Diabetes Association of Thailand. Clinical practice guidelines for diabetes 2023. Bangkok: Diabetes Association of Thailand; 2023. Thai.

การพัฒนาแบบแผนการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลักตามเกณฑ์คะแนนทำนายในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด

นิภา แสงกิตติไพบูลย์	พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)
บุศรินทร์ เเผด็จทุกข**	พย.บ., บธ.ม. (บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต)
อนงค์ สง่าเนตร**	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
ภัทรมน โพธิ์วีเชียร***	ท.บ. (ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต)

(รับ: 18 กันยายน 2568, แก้ไข: 21 ตุลาคม 2568, ตอรับ: 28 ตุลาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาและประเมินประสิทธิผลรูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลักตามเกณฑ์คะแนนทำนายในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด ดำเนินการ 3 ระยะ คือ (1) ศึกษาสถานการณ์ (2) พัฒนารูปแบบฯ และ (3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ประชากรระยะที่ 1 คือ เวชระเบียนผู้ป่วย 260 คน กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 3 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ (1) ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด กลุ่มทดลอง 36 คน และกลุ่มควบคุม 36 คน (2) พยาบาลวิชาชีพ 27 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ (1) เกณฑ์คะแนนทำนายผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (2) คู่มือรูปแบบการดูแลสำหรับพยาบาล (3) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย ค่า IOC เท่ากับ 0.96, 0.96, 0.98 ตามลำดับ เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (ระยะที่ 1) ค่า IOC เท่ากับ 1 แบบประเมินความรู้การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะ AP และแบบสอบถามพยาบาลด้านประโยชน์ของรูปแบบการดูแล มีค่า IOC เท่ากับ 0.98, 0.98 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.75, 0.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้วย Chi-square และ stepwise ทดสอบความแตกต่างด้วย Wilcoxon signed-rank test

ผลการศึกษา พบปัจจัยด้านอายุ สถานะสมรรถภาพ (ECOG) ดัชนีมวลกาย การดื่มแอลกอฮอล์ สุขอนามัยช่องปาก ตำแหน่งของเนื้องอก สูตรยา Carboplatin และการให้อาหารทางสายยางมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รูปแบบการดูแลฯ มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) คู่มือรูปแบบการดูแลสำหรับพยาบาล และ (2) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย/ ผู้ดูแล การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ พบว่า อุบัติการณ์ของภาวะปอดอักเสบจากการสำลักลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($p .96$) แต่ความรุนแรงของภาวะปอดอักเสบจากการสำลักในระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก และระยะเวลาเฉลี่ยในการฉายรังสี ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$ และ $p < .001$, ตามลำดับ) คะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย/ ผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) และพยาบาลมีความเห็นด้วยอย่างยิ่งว่ารูปแบบการดูแลนี้มีประโยชน์

คำสำคัญ: ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก มะเร็งศีรษะและลำคอ รูปแบบการดูแลตามเกณฑ์คะแนนทำนาย

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

Corresponding author E-mail: nipa966@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

*** ทันตแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

Development of care model for the risk group of aspiration pneumonia based on a predictive scoring system in advanced head and neck cancer patients undergoing concurrent chemoradiotherapy.

Nipa Sangkittipaiboon* M.N.S. (Nursing Administration)
 Busarin Pardettook** B.N.S., M.B.A. (Master of Business Administration)
 Anong Sanganate** M.N.S. (Adult and Gerontological Nursing)
 Pattaramon Powichean*** D.D.S. (Doctor of Dental Surgery)

(Received: September 18, 2025, Revised: October 21, 2025, Accepted: October 28, 2025)

Abstract

This research and development study aimed to examine the situation, develop, and evaluate the effectiveness of a care model for individuals at risk of aspiration pneumonia based on predictive scoring criteria among patients with advanced head and neck cancer receiving radiotherapy and chemotherapy. The study was conducted in three phases: (1) situation analysis, (2) care model development, and (3) evaluation of the model's effectiveness. Phase 1 involved a review of 260 patient medical records. In Phase 3, purposive sampling was used to select the participants, including: (1) 36 patients in the experimental group and 36 in the control group, all diagnosed with advanced head and neck cancer undergoing radiotherapy and chemotherapy, and (2) 27 registered nurses. The research instruments consisted of: (1) predictive scoring criteria for identifying at-risk patients, (2) a nursing care model manual, and (3) a self-care manual for patients, with IOC values of 0.96, 0.96, and 0.98, respectively. Data collection tools included: a patient information record form for Phase 1 (IOC = 1.00); a self-care knowledge assessment for patients at risk of aspiration pneumonia (IOC = 0.98; Cronbach's alpha = 0.75); and a nurse questionnaire evaluating the usefulness of the care model (IOC = 0.98; Cronbach's alpha = 0.95). Descriptive statistics were used to analyze general data. Risk factors were analyzed using Chi-square and stepwise methods. Differences between groups were tested using the Wilcoxon signed-rank test.

The findings revealed that age, performance status (ECOG), body mass index, alcohol consumption, oral hygiene, tumor location, Carboplatin-based chemotherapy regimen, and tube feeding were significantly associated with the occurrence of aspiration pneumonia ($p < 0.05$). The developed care model consisted of two components: (1) a nursing care model manual, and (2) a patient/caregiver self-care manual. Evaluation of the model's effectiveness showed that although the incidence of aspiration pneumonia decreased, the reduction was not statistically significant ($p = .96$). However, the severity of aspiration pneumonia—particularly moderate to severe cases—and the average duration of radiotherapy were significantly reduced ($p < .05$ and $p < .001$, respectively). Additionally, patient/caregiver self-care knowledge scores increased significantly ($p < .001$). Nurses also strongly agreed that the care model was beneficial.

Keywords: Aspiration pneumonia, Head and neck cancer, Predictive score-based care model

* Registered Nurse, Lop Buri Cancer Hospital, Corresponding author E-mail: nipa966@gmail.com

** Registered Nurse, Lop Buri Cancer Hospital

*** Dentist, Lop Buri Cancer Hospital

บทนำ

มะเร็งศีรษะและลำคอ (Head and Neck Cancer หรือ HNC) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและในประเทศไทย สำหรับผู้ป่วย HNC ระยะลุกลาม การให้รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด (Concurrent Chemoradiotherapy, CCRT) เป็นมาตรฐานการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรค CCRT มักทำให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง โดยเฉพาะภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) ซึ่งอาจคงอยู่เป็นเวลานาน และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration Pneumonia, AP)¹ ภาวะ AP เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ผู้ป่วย HNC ที่ได้รับการรักษาด้วย CCRT มีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ปากแห้ง พังผืด และความเสียหายของเส้นประสาทที่เกิดจากการรักษา ทำให้การกลืนบกพร่องอย่างรุนแรง มีโอกาสเกิด AP ซึ่งนำไปสู่ระยะเวลาการรักษาที่นานขึ้น ส่งผลเสียต่อการควบคุมมะเร็งและลดโอกาสในการรักษาให้หายขาด นอกจากนี้ยังเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา คุณภาพชีวิตลดลง และเพิ่มอัตราการเสียชีวิต² ปัจจุบันมาตรฐานการดูแลภาวะกลืนลำบากและ AP มักเป็นการจัดการภาวะแทรกซ้อนแบบเชิงรับ และยังมีข้อจำกัดอื่นๆ เช่น การขาดมาตรฐานที่ชัดเจนและข้อจำกัดด้านอัตราการเข้าถึง การใช้แนวทางการป้องกันเพียงแบบเดียวสำหรับผู้ป่วยทุกคน ทำให้การดูแลไม่มีประสิทธิภาพ การนำรูปแบบการดูแลที่แบ่งตามระดับความเสี่ยงมาใช้ จึงเป็นการแบ่งเบาภาระงาน ทั้งยังสามารถเปลี่ยนการดูแลจากเชิงรับเป็นการบูรณาการเชิงรุกและปรับให้เป็นแผนการดูแลส่วนบุคคลตั้งแต่เริ่มต้น³

โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีอุบัติการณ์ภาวะ AP ในผู้ป่วย HNC ระยะลุกลามที่ได้รับ CCRT ในปีงบประมาณ 2564-2566 ถึงร้อยละ 17.69 (52 จาก 294 ราย) และภาวะ AP ยังเป็นการติดเชื้อที่สูงที่สุดของโรงพยาบาลในช่วง

5 ปีที่ผ่านมา แม้จะมีการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ แต่แนวทางทั่วไปยังขาดความเฉพาะเจาะจง การดูแลยังคงแยกส่วนกัน และมาตรการป้องกันขาดมาตรฐาน โดยเฉพาะการดูแลที่มุ่งเน้นที่การจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังจากเกิดขึ้นแล้ว มากกว่าการป้องกันเชิงรุก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา⁴ เรื่องการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง จึงมีความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก โดยใช้เกณฑ์คะแนนทำนายในการระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างรวดเร็ว เพื่อเป็นแนวทางการป้องกันเชิงรุก แนวคิดนี้สอดคล้องกับการศึกษา⁵ เรื่องประสิทธิภาพของระบบการให้คะแนนสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตของระบบ Search Out Severity (SOS) และ National Early Warning Score (NEWS) ในการทำนายภาวะใส่ท่อช่วยหายใจหรือการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยสูงอายุ การพัฒนาในงานวิจัยนี้บูรณาการกรอบแนวคิดที่สำคัญสองประการเข้าด้วยกัน ได้แก่ แนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management Theory, SMT)⁶ ประกอบด้วยปัจจัยที่มีอิทธิพล (ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านความเจ็บป่วย เช่น อายุ สมรรถนะสมรรถภาพ (Eastern Cooperative Oncology Group; ECOG) และตำแหน่งมะเร็ง เป็นต้น) ประสพการณ์อาการ และการจัดการอาการ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น การประยุกต์ใช้ SMT ช่วยให้สามารถเข้าใจว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีอยู่ก่อนหน้ามีอิทธิพลต่อการพัฒนาอาการและกำหนดความจำเป็นของการพยาบาลเฉพาะบุคคล ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ในกลุ่มเสี่ยงสูง และทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment Theory) ของ Kanter (1993)⁷ ซึ่งมุ่งเน้นการให้ข้อมูล การสนับสนุน

และทรัพยากรแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การสร้างคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลในรูปแบบการดูแลนี้ จึงเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจและเพิ่มความรู้ในการดูแลตนเอง

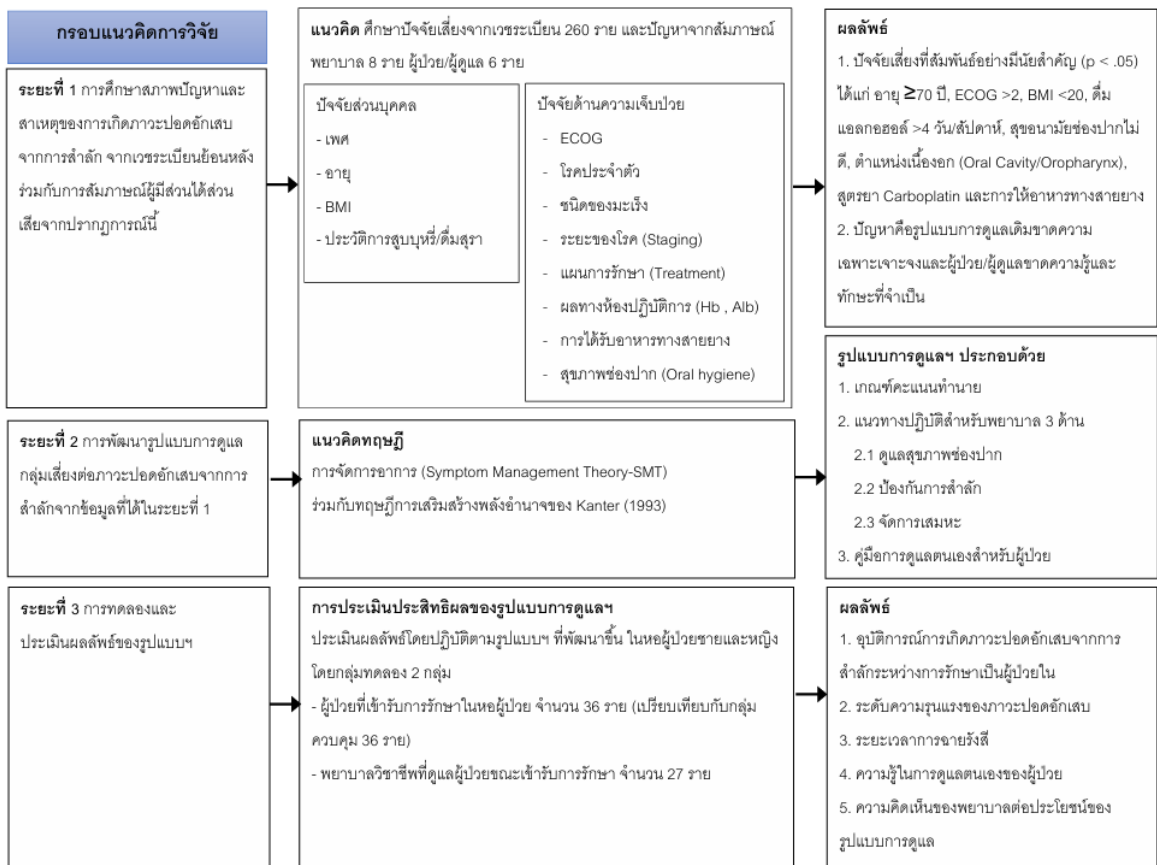
วัตถุประสงค์

- 1. เพื่อศึกษาปัจจัยการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักและปัญหาของรูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด
- 2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงฯ

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก พัฒนารู้น จากแนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management Theory, SMT)⁶ ประกอบด้วย ปัจจัยที่มีอิทธิพล ประสิทธิภาพอาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์ ร่วมกับทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Kanter (1993)⁷ ประกอบด้วย การให้ข้อมูล การให้การสนับสนุน และการให้ทรัพยากรแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล (ดังแผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามระยะของการวิจัย ดังนี้

ปีที่ 52 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2568

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด เข้ารับการรักษามะเร็ง

ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ขนาดตัวอย่าง คำนวณจากสูตร Sample size calculation for surveys (For Qualitative variable) โดยใช้ค่าความ ชุก จากงานวิจัย เรื่อง Quantitative prediction of aspiration risk in head and neck cancer patients treated with radiation therapy⁸ ได้ขนาดกลุ่ม ตัวอย่าง 246 ราย แต่เพื่อให้ข้อมูลมีความแม่นยำ จึง ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลังทั้งหมดระหว่าง เดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนกันยายน 2566 จำนวน 260 ราย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแล ใช้ข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 และพัฒนารูปแบบโดย บุรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ และทฤษฎีการ จัดการอาการ การเสริมสร้างพลังอำนาจ สร้างเกณฑ์ คะแนนทำนายผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง แนวทางปฏิบัติสำหรับ พยาบาล และคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย

2.1 เกณฑ์คะแนนทำนายสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะ AP

2.2 คู่มือรูปแบบการดูแลสำหรับพยาบาล ประกอบด้วย 1) แนวทางปฏิบัติการดูแลสำหรับ พยาบาล 2) แบบบันทึกการให้การพยาบาลผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงสูงตามเกณฑ์คะแนนทำนาย 3) คู่มือการ ดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล

ระยะที่ 3 การทดลองและประเมินผลลัพธ์ของ รูปแบบการดูแล ได้แก่

1) กลุ่มควบคุม คือ เวชระเบียนย้อนหลัง ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 ถึงกันยายน 2567 คำนวณขนาดตัวอย่างใช้ Sample size for interventional study (qualitative variable) ใช้ค่า ความชุกจากข้อมูลการวิจัย เรื่องผลของแนวปฏิบัติ ทางพยาบาลสำหรับป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อ Acinetobacter baumannii ชนิดดื้อยา ต้านจุลชีพหลายขนาน ในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ⁹

ปีที่ 52 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2568

โดยนำค่าอุบัติการณ์ VAP ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ มาคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 36 ราย เลือกกลุ่ม ตัวอย่างโดยการจับสลากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ในระยะลุกลาม และมีความเสี่ยงสูงตามเกณฑ์ คะแนนทำนาย มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สามารถ สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การยุติ คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับการรักษารอบ ตามแผนการรักษา หรือผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา

2) กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง 36 ราย เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับ เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มควบคุม

3) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบในการ ดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน ในหอผู้ป่วยชายและหญิง ระหว่างวันที่ 19 กันยายน 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2568 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เจาะจง รวม 27 ราย เป็นพยาบาลทุกคนที่เข้าเกณฑ์ การคัดเลือกรวมตัวอย่าง คือ มีประสบการณ์ การดูแล ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะลุกลามที่ได้รับรังสี รักษาและเคมีบำบัด ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป เกณฑ์การคัด เลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการจน สิ้นสุดการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบ คุณภาพ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ ทบทวนวรรณกรรม ตามระยะของการวิจัย และ ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านรังสีรักษาและ มะเร็งวิทยา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม และ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษด้านโรคมะเร็ง 3 ท่าน และมีการปรับปรุงตามคำแนะนำก่อนนำไปใช้ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิด ภาวะปอดอักเสบจากการสำลักและปัญหาของ

รูปแบบการดูแลรูปแบบเดิม เครื่องมือที่ใช้มี 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (ข้อมูลส่วนบุคคล 19 ข้อ และผลลัพธ์การเกิดภาวะ AP 1 ข้อ) มีค่า IOC เท่ากับ 0.96 2) แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างสำหรับสัมภาษณ์พยาบาล (ครอบคลุม 4 ประเด็น) มีค่า IOC เท่ากับ 1 3) แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างสำหรับสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีค่า IOC เท่ากับ 0.96

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง มี 3 ชุด ได้แก่ 1) เกณฑ์คะแนนทำนายสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะ AP 2) คู่มือรูปแบบการดูแลสำหรับพยาบาล มีค่า IOC เท่ากับ 0.96 ประกอบด้วยแนวทางปฏิบัติการดูแลสำหรับพยาบาล และแบบบันทึกการให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงตามเกณฑ์คะแนนทำนาย 3) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล มีค่า IOC เท่ากับ 0.98

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบฯ เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (ข้อมูลส่วนบุคคล 8 ข้อ ผลลัพธ์การเกิดภาวะ AP 1 ข้อ ระดับความรุนแรงของภาวะ AP 1 ข้อ) ค่า IOC เท่ากับ 1 2) แบบประเมินความรู้ เรื่อง การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะ AP มีค่า IOC เท่ากับ 0.98 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75 3) แบบสอบถามพยาบาลด้านประโยชน์ของรูปแบบการดูแลฯ มีค่า IOC เท่ากับ 0.98 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.95

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด ดำเนินการ ดังนี้ 1) ศึกษาปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะ

ลุกลามที่เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี 260 ราย 2) สัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่มหัวหน้าหอผู้ป่วยและตัวแทนพยาบาลวิชาชีพ 8 ราย เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการดูแลเดิม ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับขั้นตอนและแนวทางการดูแล การพัฒนาแนวทางปฏิบัติของพยาบาล การพัฒนาศักยภาพของพยาบาล และการพัฒนาคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 3) สัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่มสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล 6 ราย เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลเดิมที่เคยได้รับและรูปแบบการดูแลที่ต้องการ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ มีขั้นตอน ดังนี้ 1) กำหนดปัญหาจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ AP และจากการประชุมกลุ่มกับพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) สร้างเกณฑ์คะแนนทำนายผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อภาวะ AP 3) พัฒนารูปแบบฯโดยบูรณาการประเด็นที่ได้จากการประชุมกลุ่มระดมสมองและการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ คำที่ใช้สืบค้น คือ การดูแลสุขภาพช่องปาก ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ การสูดสาลัก การฝึกกลืน การให้อาหารทางสายยาง การป้องกันและการจัดการเสมหะ สืบค้นจากฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ PubMed ScienceDirect และ Google Scholar กำหนดเกณฑ์คัดเลือก คือ งานวิจัย แนวปฏิบัติ หรือการสังเคราะห์วรรณกรรมฉบับเต็มที่เผยแพร่ปี 2015 – 2023 ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน 14 เรื่อง ประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการวิจัยเชิงทดลอง (Level 1) 9 เรื่อง การวิจัยกึ่งทดลอง (Level 2) 2 เรื่อง การวิจัยเชิงวิเคราะห์ติดตามไปข้างหน้า (Level 3) 3 เรื่อง¹⁰ นำข้อมูลมาสังเคราะห์และสรุปเชิงเนื้อหาในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พบว่า วิธีการที่มีประสิทธิภาพ คือ การดูแลสุขภาพช่องปาก การป้องกันการสูดสาลัก และการจัดการเสมหะ 4) ทดลองใช้ นำรูปแบบฯ ไป

ทดลองใช้กับผู้ป่วยภายหลังการจัดอบรมให้พยาบาลวิชาชีพ โดยการอธิบายและตอบข้อซักถาม ใช้เวลา 120 นาที 5) ประเมินผลการทดลองใช้ 6) สรุปและปรับปรุงรูปแบบ

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ โดยมีกลุ่มควบคุม คือ เวชระเบียนย้อนหลังระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงกันยายน 2567 จำนวน 36 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับสลาก กลุ่มทดลองคัดเลือกแบบเจาะจง มี 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยใน 36 ราย และพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยใน ในหอผู้ป่วยชายและหญิง ระหว่างวันที่ 19 กันยายน 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2568 รวม 27 คน ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยให้พยาบาลวิชาชีพ ใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการใช้จริงระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึงกรกฎาคม 2568 ให้การพยาบาลตามรูปแบบฯ ได้แก่ การค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงตามเกณฑ์คะแนนทำนายและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาล ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพช่องปาก การป้องกันการล้ม และการจัดการเสมหะ พร้อมกับการให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตามแนวทางในคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยประเมินความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนการสอนและประเมินอีกครั้งวันก่อนจำหน่าย เก็บข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และแจกแบบสอบถามพยาบาลด้านประโยชน์ของรูปแบบการดูแลฯ เมื่อเก็บข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างครบแล้ว

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับการรับรองโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เลขที่ REC 040/67 ลงวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2567 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วม และมีสิทธิในการ

ปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ เก็บข้อมูลเป็นความลับ รายงานและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพการณ์การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง ด้วยการทดสอบ Chi-square หรือการทดสอบ Fisher's Exact

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ สร้างเกณฑ์คะแนนทำนายการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด โดยวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้วย Logistic Regression Analysis และใช้ stepwise variable selection method นำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิดภาวะ AP มาใช้สร้างเกณฑ์คะแนนทำนายจากค่า odds ratio จากนั้นตรวจสอบความถูกต้อง (Validation) ของคะแนนทำนายด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบบรูทสเตรป

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลฯ

1) ทดสอบความแตกต่างระหว่างอุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักระหว่างรักษาเป็นผู้ป่วยใน ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้รูปแบบฯ โดยการทดสอบ Chi-Square

2) ทดสอบความแตกต่างระหว่างระยะเวลาการฉายรังสีในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้รูปแบบฯ โดยนำข้อมูลมาทดสอบสมมติฐาน ใช้สถิติ Wilcoxon rank-sum test

3) ทดสอบความแตกต่างระหว่างระดับความรุนแรงของภาวะปอดอักเสบจากการสำลักระหว่างรักษาเป็นผู้ป่วยใน ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้รูปแบบฯ โดยใช้ Adjusted Risk

Ratios ระหว่าง Risk of moderate to severe symptoms ในกลุ่มทดลองเทียบกับกลุ่มควบคุม เฉพาะผู้ป่วยที่เกิดภาวะปวดอักเสบจากการสำลัก โดยใช้สถิติ Adjusted Poisson Regression Model เพื่อควบคุมตัวแปรที่อาจมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์

4) ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังได้รับคำแนะนำในกลุ่มเดียวกัน โดยนำข้อมูลมาทดสอบสมมติฐาน โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

5) คะแนนความคิดเห็นของพยาบาลต่อประโยชน์ของรูปแบบฯ วิเคราะห์โดย One-sample Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยของการเกิดภาวะปวดอักเสบจากการสำลักและปัญหาของรูปแบบการดูแลแบบเดิม

1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ AP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่: อายุ ≥ 70 ปี สถานะสมรรถภาพของผู้ป่วย (ECOG) > 2 ดัชนีมวลกาย (BMI) < 20 การดื่มแอลกอฮอล์ > 4 วันต่อสัปดาห์ สุขอนามัยช่องปากที่ไม่ดี ตำแหน่งของเนื้องอก (Oral Cavity หรือ Oropharynx) สูตρυาเคมีบำบัดชนิด Carboplatin และการให้อาหารทางสายยาง

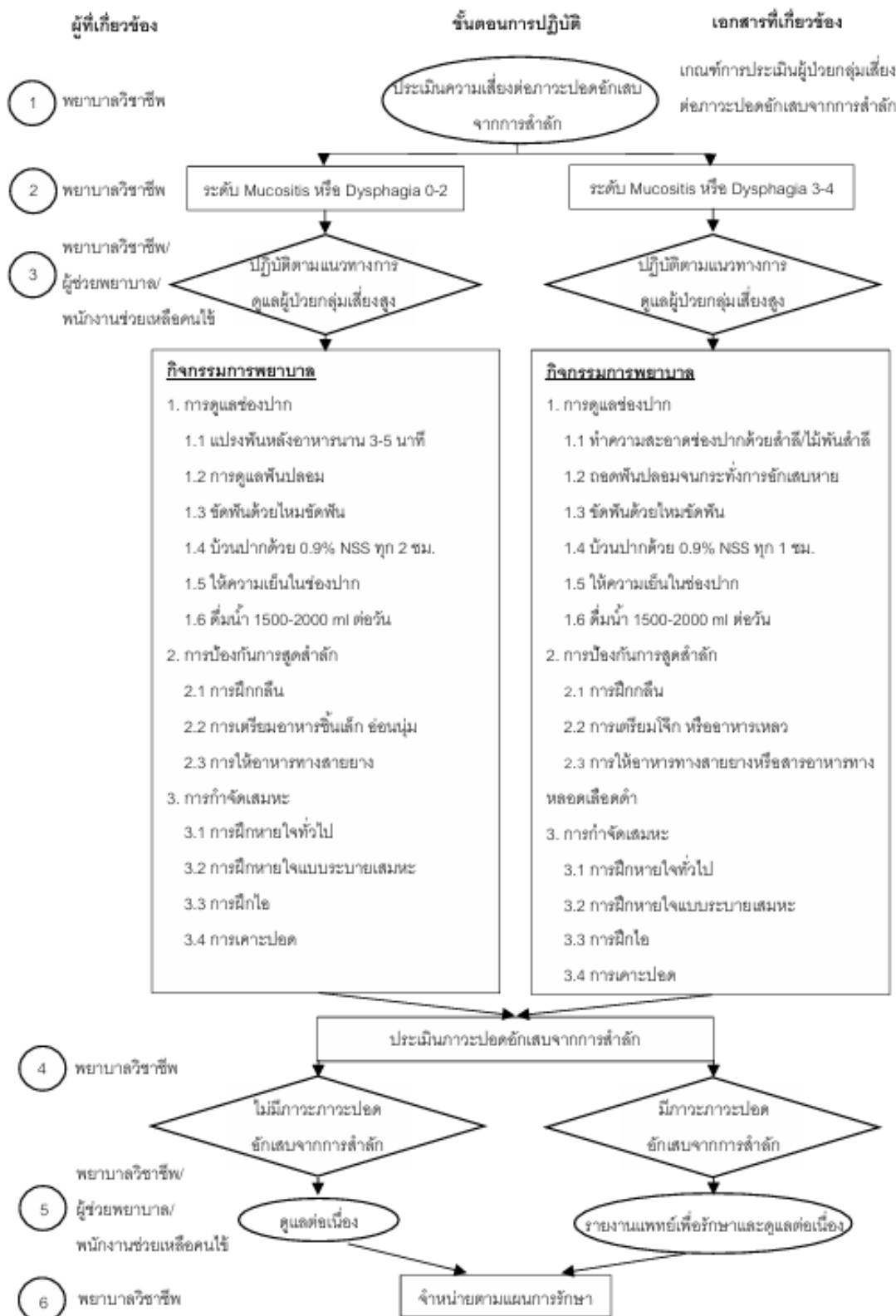
2) ปัญหา คือ แผนในการดูแลยังไม่มีเฉพาะเจาะจงในการดูแลภาวะปวดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คู่มือที่ใช้มีเนื้อหาไม่ครอบคลุมและไม่สะดวกต่อการนำไปใช้จริง ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมเพียงบางส่วนเนื่องจากขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น พยาบาลให้การดูแลตามความรู้และประสบการณ์ส่วนบุคคล โดยไม่มีแนวทางเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

2. รูปแบบการดูแล มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่

1) คู่มือรูปแบบการดูแลสำหรับพยาบาลประกอบด้วย

(1) เกณฑ์คะแนนทำนายความเสี่ยงต่อภาวะปวดอักเสบจากการสำลัก จากการวิเคราะห์โดยใช้ stepwise variable selection method เพื่อนำมาใช้สร้างเกณฑ์คะแนนทำนาย ปัจจัยเสี่ยงที่ใช้ได้แก่ อายุ ≥ 70 ปี (ได้ 4 คะแนน) ECOG > 2 (ได้ 5 คะแนน) Charlson comorbidity index¹¹ > 4 (ได้ 3 คะแนน) ดื่มน้ำ > 4 วัน/สัปดาห์ (ได้ 3 คะแนน) Oral cavity or oropharyngeal cancer (ได้ 4 คะแนน) ใส่สายยางให้อาหาร (ได้ 4 คะแนน) คะแนนรวมสูงสุดจากปัจจัยเหล่านี้ คือ 23 คะแนน โดยกำหนดให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงมีคะแนนมากกว่า 6 คะแนนขึ้นไป (Cut-off threshold = 6.51) ความแม่นยำ (Accuracy) ของคะแนนทำนาย มีความสามารถในการจำแนก (Discrimination) จากค่า Area Under the Receiver Operating Characteristic Curve (AUC-ROC) ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 0.755 และตรวจสอบความถูกต้อง (Validation) จากการทำ Bootstrap 1000 ครั้ง อยู่ที่ 0.756 (95% CI: 0.689 - 0.819) ค่า Sensitivity, Positive Predictive Value, และ Accuracy จากการใช้ Cut-off threshold ดังกล่าวในกลุ่มตัวอย่าง = 0.71, 0.51, และ 0.71 ตามลำดับ Validation ด้วย Bootstrap 1000 ครั้ง ได้ Mean Accuracy = 0.70 (95% CI: 0.64 - 0.75)

(2) แนวทางปฏิบัติการดูแลสำหรับพยาบาล มี 3 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ป่วยได้รับการประเมินสภาพช่องปาก และทำความสะอาดช่องปาก 2) การป้องกันการสูดสำลัก ผู้ป่วยได้รับการประเมินการกลืน การฝึกการกลืน อาหารทางปากหรือทางสายยาง 3) การจัดการเสมหะ ผู้ป่วยได้รับการประเมินระบบทางเดินหายใจ การฝึกหายใจ การฝึกการไอ และการระบายเสมหะ (ดังแผนภูมิที่ 2)



แผนภูมิที่ 2 แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการระคายเคืองจากการสำลัก
ตามเกณฑ์คะแนนทำนายในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด

(3) แบบบันทึกการให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์คะแนนทำนาย ประกอบ ด้วยแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลและการสอนผู้ป่วยและผู้ดูแล

2) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล มี 3 ด้าน คือ การดูแลสุขภาพช่องปาก การป้องกันการสูดสำลัก และการจัดการเสมหะ

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบฯ พบว่า

1) อุบัติการณ์ AP ก่อนใช้รูปแบบฯ ร้อยละ 52.78 หลังใช้รูปแบบฯ ร้อยละ 44.44 แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted p-value = 0.96)

2) ความรุนแรงของ AP¹² ก่อนใช้รูปแบบฯ มีความรุนแรงระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก 12 ใน 19 ราย หลังใช้รูปแบบฯ พบเพียง 1 ใน 16 ราย (p = 0.04)

3) ระยะเวลาการฉายรังสี ก่อนใช้รูปแบบฯ เฉลี่ย 59.81 วัน หลังใช้รูปแบบฯ เฉลี่ย 53.17 วัน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted p-value < 0.001)

4) คะแนนความรู้ในการดูแลตนเอง หลังใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่ามัธยฐาน [IQR]: 20 [0.25] VS 4 [2], p < 0.001)

5) คะแนนความคิดเห็นของพยาบาลต่อประโยชน์ของรูปแบบฯ สูงกว่าค่ากลางที่อ้างอิงที่ระดับ “เห็นด้วย” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001)

อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยของการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (AP) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) ได้แก่ อายุ ≥ 70 ปี

สถานะสมรรถภาพของผู้ป่วย (ECOG) > 2 ดัชนีมวลกาย (BMI) < 20 การดื่มแอลกอฮอล์ > 4 วันต่อสัปดาห์ สุขอนามัยช่องปากที่ไม่ดี ตำแหน่งของเนื้องอก, สูตรยาเคมีบำบัดชนิด Carboplatin และ การให้อาหารทางสายยาง สอดคล้องกับการศึกษา^{13,14,15} ส่วนปัญหาของรูปแบบการดูแลแบบเดิม จากการสนทนากลุ่มกับพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแล สรุปได้ว่าแผนการดูแลภาวะ AP สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ในขณะนั้นมีลักษณะขาดความเฉพาะเจาะจง แนวทางปฏิบัติเดิมจะใช้กับประชากรทุกกลุ่มโรค ซึ่งไม่เพียงพอต่อพยาธิสรีรวิทยาที่เป็นเอกลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ สอดคล้องกับการศึกษา¹⁶ ที่พบว่าแนวทางทั่วไปไม่เพียงพอต่อพยาธิสรีรวิทยาที่เป็นเอกลักษณ์ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากนี้การดูแลยังคงกระจัดกระจายและขาดการบูรณาการ สอดคล้องกับการศึกษา¹⁷ รวมถึงเน้นการแก้ไขมากกว่าการป้องกัน มาตรฐานการดูแลมักเป็นการจัดการภาวะแทรกซ้อนแบบเชิงรับหรือเริ่มดำเนินการเมื่อภาวะ AP เกิดขึ้นแล้ว สอดคล้องกับการศึกษา¹⁸ ข้อจำกัดด้านเครื่องมือและความรู้ คู่มือที่ใช้มีเนื้อหาไม่ครอบคลุมและไม่สะดวกต่อการนำไปใช้จริง ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมเพียงบางส่วนเนื่องจากขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น และพยาบาลให้การดูแลตามความรู้และประสบการณ์ส่วนบุคคล โดยไม่มีแนวทางเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

การพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลักตามเกณฑ์คะแนนทำนายในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย เกณฑ์คะแนนทำนายความเสี่ยง แนวทางปฏิบัติดูแลสำหรับพยาบาล และคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล เกณฑ์คะแนนทำนายความเสี่ยงสร้างจากการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงหลายตัวแปรเพื่อ

ระบุผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มีความสำคัญในการระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างรวดเร็ว เพื่อเปลี่ยนจากการจัดการเชิงรับไปสู่แนวทางเชิงรุกและการป้องกัน ค่า AUC ของเกณฑ์คะแนนทำนายที่ 0.756 (95% CI: 0.689 - 0.819) บ่งชี้ถึงความสามารถในการจำแนกที่ดี ค่า Cut-off threshold ที่ 6.51 ยังเป็นค่าที่เหมาะสมที่สุดในการแยกกลุ่มเสี่ยง ให้ค่า Mean Accuracy = 0.70 (95% CI: 0.64 – 0.75) ที่เหมาะสมในการ screening เบื้องต้น สอดคล้องกับการศึกษา¹⁹ ที่พบว่า การใช้เกณฑ์คะแนนทำนายที่เหมาะสมจะช่วยให้สามารถดูแลเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางปฏิบัติการดูแลสำหรับพยาบาลและคู่มือการดูแลตนเองพัฒนาโดยการบูรณาการประเด็นจากการประชุมกลุ่มและการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (ตั้งแต่ปี 2015–2023) สรุปว่าวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุดคือการดูแลสุขภาพช่องปาก การป้องกันการสูดสำลัก/การกลืน และการจัดการเสมหะ การทบทวนทฤษฎี/วรรณกรรม รูปแบบนี้อิงตามทฤษฎีการจัดการอาการ (SMT)⁶ ซึ่งเน้นว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีอยู่ก่อนหน้า (เช่น อายุ, ECOG, ตำแหน่งมะเร็ง) มีอิทธิพลต่อการพัฒนาอาการและกำหนดความจำเป็นของการพยาบาลเฉพาะบุคคลตั้งแต่เนิ่น ๆ ในกลุ่มเสี่ยงสูง และทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งมุ่งเน้นการให้ข้อมูล การสนับสนุน และทรัพยากร (เช่น คู่มือการดูแลตนเอง) แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีความเข้าใจที่ดีขึ้นจะปฏิบัติตามแนวทางที่แนะนำได้ดีขึ้น สอดคล้องกับรายงานของ Sanivarapu et al.¹⁹

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลักตามเกณฑ์คะแนนทำนายในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด อูบัติการณ์ไม่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 52.78 เทียบกับร้อยละ 44.44, $p = 0.96$) อาจเป็นผลมาจากภาวะกลืนลำบากอย่างรุนแรงที่เกิดจากการรักษา ซึ่ง

ทำให้การสำลักเป็นผลที่หลีกเลี่ยงได้ยากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่รุนแรงนี้ทำให้การป้องกันการสำลักเป็นความท้าทาย แต่ความรุนแรงของ AP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกรณีที่มีอาการรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก ลดลงจาก 12 ใน 19 ราย เหลือเพียง 1 ใน 16 ราย ($p = 0.04$) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลที่สำคัญของรูปแบบการดูแลในการบรรเทาความรุนแรงและจัดการผลที่ตามมาของการสำลักได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลต่อระยะเวลาการฉายรังสีสั้นลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแล (53.17 วัน เทียบกับ 59.81 วัน, $p < 0.001$) เป็นผลลัพธ์ที่สำคัญที่ช่วยเพิ่มโอกาสในการรักษาให้หายขาด ตามรายงาน²⁰ ผลต่อความรู้ด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (ค่ามัธยฐาน [IQR] = 20 [0.25] เทียบกับ 4 [2], $p < 0.001$) ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของคู่มือการดูแลตนเอง คะแนนความคิดเห็นของพยาบาลต่อประโยชน์ของรูปแบบฯ อยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยค่ามัธยฐานในทุกตัวแปรสูงกว่าค่ากลางอ้างอิงที่ระดับ “เห็นด้วย” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การที่พยาบาลมองว่ารูปแบบนี้ใช้งานได้ง่ายและมีประโยชน์ถือเป็นสิ่งสำคัญต่อการนำรูปแบบใหม่ไปใช้ในทางปฏิบัติอย่างยั่งยืน

สรุปได้ว่าการวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ประสบความสำเร็จในการพัฒนาและประเมินรูปแบบการดูแลทางการพยาบาลที่ครอบคลุมเพื่อป้องกันและดูแลภาวะปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะลุกลาม แม้ว่ารูปแบบการดูแลจะไม่สามารถลดอุบัติการณ์ของภาวะนี้ได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ก็สามารถลดความรุนแรงของภาวะนี้และลดระยะเวลาการฉายรังสีรักษาลงได้อย่างมาก เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม

ข้อเสนอแนะ

1. การนำไปใช้ในทางปฏิบัติ: ควรนำเกณฑ์คะแนนทำนายความเสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลักที่พัฒนาขึ้น ไปใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองหลักสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด โดยประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การระบุและจัดกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเป็นไปอย่างแม่นยำและเป็นระบบ

2. การวิจัยในอนาคต ควรมีการบูรณาการเทคนิคการฉายรังสีขั้นสูงซึ่งช่วยลดปริมาณรังสีต่ออวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกลืน ในขณะที่คงปริมาณ

รังสีที่เหมาะสมต่อปริมาณของก้อนมะเร็ง แนวทางการดำเนินการจะเป็นการวิจัยเชิงสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันพัฒนาโปรโตคอลการฉายรังสีแบบใหม่ที่สามารถลดปริมาณรังสีต่ออวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกลืนได้

3. การประเมินด้านเศรษฐศาสตร์ ควรทำการศึกษา ต้นทุน-ประสิทธิผล ของรูปแบบการดูแลนี้ เพื่อแสดงให้เห็นถึงความคุ้มค่าของการลงทุนเมื่อเทียบกับการลดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่อระยะเวลาการรักษาโดยรวม

References

1. Zhang Y, Zhu Y, Wan H. Effectiveness of an evidence-based swallowing facilitation strategy for patients undergoing radiotherapy for head and neck cancer: a study protocol for a randomized controlled trial. *BMJ Open* [serial online] 2024 Jan. [cited 2024 Mar 10];14(1): e072859. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072859>
2. Dwivedi RC, St Rose S, Roe JW, et al. Oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer: how to reduce aspiration pneumonia. *J Laryngol Otol*. [serial online] 2022 Dec [cited 2024 Mar 16]; 136(12): 1064–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36517921/>
3. Baudalet M, Steen LVd, Duprez F, et al. Prophylactic swallowing therapy during head-and-neck cancer radiotherapy: effect of service-delivery mode and overall adherence level on swallowing function and muscle strength—the PRESTO trial. *Radiother Oncol*. [serial online] 2023 Aug [cited 2024 Mar 16]; 2024(193): 110–8. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10957706/>
4. Waneenat Ruesingpisch. Efficacy of Nursing Practice Guideline for Preventing Pneumonia in Elderly Patients with Hip Fracture at Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi Province. *Pholpolpayuhasena Hosp J*. 2025;13(2):1–19. Thai.
5. Sunee Suwanpasu, Werapattra Praparpak, Sukanya Poonsap. The effectiveness study of the Search out Severity Score and National Early Warning Score for predicting unplanned intubation or intensive care unit admission in older patients in medical wards. *J Nurs Sci Chula*. 2021;33(1):1-20. Thai.
6. Dodd MJ, Janson S, Facione N, et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs* [serial online] 2001 Mar [cited 2024 Apr 16]; 33(5): 668–76. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>
7. Kanter RM. Men and women of the corporation. 2nd ed. New York: Basic Books; 1993.

8. Liu HC, Williamson CW, Zou J, et al. Quantitative prediction of aspiration risk in head and neck cancer patients treated with radiation therapy. *Oral Oncol* [serial online] 2023 Jan [cited 2024 Apr 16]; 136:106247. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2022.106247>
9. Naree Sornchai, Walaiphan Yodnil, Thamachat Inchan, Jaruwan Wongwichawatana, Payoon Weerakieatikul, Siriporn Jancham, et al. Effectiveness of nursing practice guidelines for prevention of pneumonia caused by multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* in patients with mechanical ventilators. *Burapha Nurs J.* 2023;31(4):109–14. Thai.
10. The Joanna Briggs Institute. JBI Manual for Evidence Synthesis [Internet]. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2013 [cited 2024 May 25]. Available from: <https://jbi.global/>
11. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* [serial online] 1987 May [cited 2024 May 25]; 40(5) : 373–83. Available from: [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8)
12. National Cancer Institute. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v5.0 [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2017 [cited 2024 Jun 6]. Available from: https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/adverse_events.htm.
13. Shirasu H, Yokota T, Hamauchi S, et al. Risk factors for aspiration pneumonia during concurrent chemoradiotherapy or bio-radiotherapy for head and neck cancer. *BMC Cancer* [serial online] 2020 Mar [cited 2024 May 26]; 20:182. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12885-020-6682-1>
14. Ko CA, Hsu CM, Tsai MS. Pneumonia in patients with head and neck cancer: risk factors and prevention strategies. *Int J Head Neck Sci* [serial online] 2020 December [cited 2024 May 26]; 4(4): 146–55. Available from: [https://doi.org/10.6696/IJHNS.202012_4\(4\).0002](https://doi.org/10.6696/IJHNS.202012_4(4).0002)
15. Kawai S, Yokota T, Onozawa Y, et al. Risk factors for aspiration pneumonia after definitive chemoradiotherapy or bio-radiotherapy for locally advanced head and neck cancer: a monocentric case control study. *BMC Cancer* [serial online] 2017 January [cited 2024 May 28]; 17:59. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3052-8>
16. Xu B, Boero IJ, Hwang L, et al. Aspiration pneumonia after concurrent chemoradiotherapy for head-and-neck cancer. *Cancer* [serial online] 2015 April [cited 2024 May 28]; 121(8):1303–11. Available from: <https://doi.org/10.1002/cncr.29207>
17. Chufal KS, Upreti S, Uniyal G. Prevention and management of aspiration pneumonitis in patients undergoing radiotherapy for head and neck malignancies. *Complications of Cancer Therapy: Best Practices in Prevention and Management* [serial online] 2024 [cited 2024 Sep 26]; 137–58. Available from: https://doi.org/10.1007/978-981-97-0402-9_13
18. Zhang Y, Zhang N, Wang X, Wang Y, Zhang Y, Wang S. Evidence summary on the rehabilitative management of dysphagia during radiotherapy for head and neck cancer patients. *Front Oncol*

- [serial online] 2024 Sep [cited 2024 Oct 26]; 14:1429484. Available from: <https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1429484>
19. Sanivarapu RR, Vaqar S, Gibson J, Overmeyer KA. Aspiration pneumonia (nursing). StatPearls [serial online] 2024 Mar [cited 2024 May 26]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568770/>.
20. McCloskey SA, Lizerbram D, Lydiatt WM, Lydiatt DD, McGovern S. Quantification of the effect of treatment duration on local-regional failure after definitive concurrent chemotherapy and intensity-modulated radiation therapy for squamous cell carcinoma of the head and neck. Head Neck [serial online] 2012 November [cited 2024 Jun]; 34 (11) : 1591 – 6 . Available from: <https://doi.org/10.1002/hed.21980>

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติทางระบบประสาท

ประไพ บุญยเจริญเลิศ*	พ.ย.ม. (การบริหารการพยาบาล)
สมใจ เนวสิน**	ศ.ศ.ม.
ภูริพงษ์ เจริญแพทย์**	พ.ย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
ปัทมา วิมานจันทร์***	พ.ย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

(รับ: 15 กันยายน 2568, แก้ไข: 12 ตุลาคม 2568, ตอรับ: 27 ตุลาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติทางระบบประสาทที่ได้รับการแลกเปลี่ยนพลาสมาเพื่อการรักษา (Therapeutic Plasma Exchange: TPE) การวิจัยมี 2 ระยะ ได้แก่ (1) การสืบค้นอย่างเป็นระบบ และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (2) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ (1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Neuromyelitis Optica Spectrum Disorders (NMOSD), Chronic Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy (CIDP), และ Myasthenia Gravis (MG) โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 26 ราย และกลุ่มทดลอง จำนวน 20 ราย และ (2) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคระบบประสาทภูมิคุ้มกันและหอผู้ป่วยหนักประสาทวิทยา จำนวน 10 คน เครื่องมือวิจัย คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้วยดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่า CVI 0.92 เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลภาวะแทรกซ้อน มีค่า CVI .93, α .72 (2) แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก มีค่า CVI 1.0, α .81 และ (3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล มีค่า CVI .93, α .75 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square, paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนานี้ ประกอบด้วยการพยาบาล 3 ระยะ ได้แก่ (1) การพยาบาลก่อนทำ TPE (2) การพยาบาลระหว่างทำ TPE และ (3) การพยาบาลหลังทำ TPE การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ภาวะแคลเซียมต่ำ และภาวะโพแทสเซียมต่ำ ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกที่ประเมินด้วย Modified Rankin Scale (mRS) และ กิจกรรมประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) พบว่า กลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) พยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติอยู่ในระดับสูง

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติ การพยาบาล โรคภูมิคุ้มกันผิดปกติทางระบบประสาท ระบบประสาท

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันประสาทวิทยา

Corresponding author E-mail: pbooncharoenlerd@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันประสาทวิทยา

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันประสาทวิทยา

Effect of Nursing practice guideline On Neuroimmunology patients

Prapai Booncharoenlerd*	M.N.S. (Administration nursing)
Somjai Navachuen**	M.A.
Phuriphong Charoenphaet**	M.N.S. (Gerontological nursing)
Pattama Wimanchan**	M.N.S. (Adult nursing)

(Received: September 15, 2025, Revised: October 12, 2025, Accepted: October 27, 2025)

Abstract

This research and development aimed to develop and evaluate the use of nursing practice guidelines for patients with neuroimmune disorders who received Therapeutic Plasma Exchange (TPE). The research consisted of 2 phases: (1) systematic search and development of the nursing practice guidelines; and (2) evaluation of the nursing practice guidelines usage. The sample consisted of 2 groups: (1) patients diagnosed with Neuromyelitis Optica Spectrum Disorders (NMOSD), Chronic Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy (CIDP), and Myasthenia Gravis (MG), divided into a control group of 26 patients and an experimental group of 20 patients; and (2) 10 professional nurses working in the neuroimmunology unit and the neurology intensive care unit. The research instrument was the nursing practice guidelines. The quality was examined using the Content Validity Index (CVI) by 5 experts, yielding a CVI value of 0.92. The data collection tools consisted of (1) a complication recording form with a CVI of .93 and an α of .72; (2) a clinical outcome assessment form with a CVI of 1.0 and an α of .81; and (3) a nurse satisfaction questionnaire with a CVI of .93 and an α of .75. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square, paired t-test, and independent t-test.

The results revealed that the developed nursing practice guideline consisted of 3 nursing care phases: (1) nursing care before TPE (2) nursing care during TPE and (3) nursing care after TPE. The evaluation of the nursing practice guidelines usage found that the incidence of complications, including low blood pressure, hypocalcemia, and hypokalemia, was significantly lower in the experimental group than in the control group ($p < .05$). Comparison of clinical outcomes assessed via the Modified Rankin Scale (mRS) and Activities of Daily Living (ADL) revealed that the experimental group had significantly better rehabilitation than the control group ($p < .05$). Nurses reported a high level of satisfaction with the guidelines

Keywords: Practice guidelines, Nursing, Neuroimmunological disorders, Neurology

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Neurological Institute of Thailand

** Registered Nurse, Senior Professional Level, Neurological Institute of Thailand

** Registered Nurse, Professional Level, Neurological Institute of Thailand

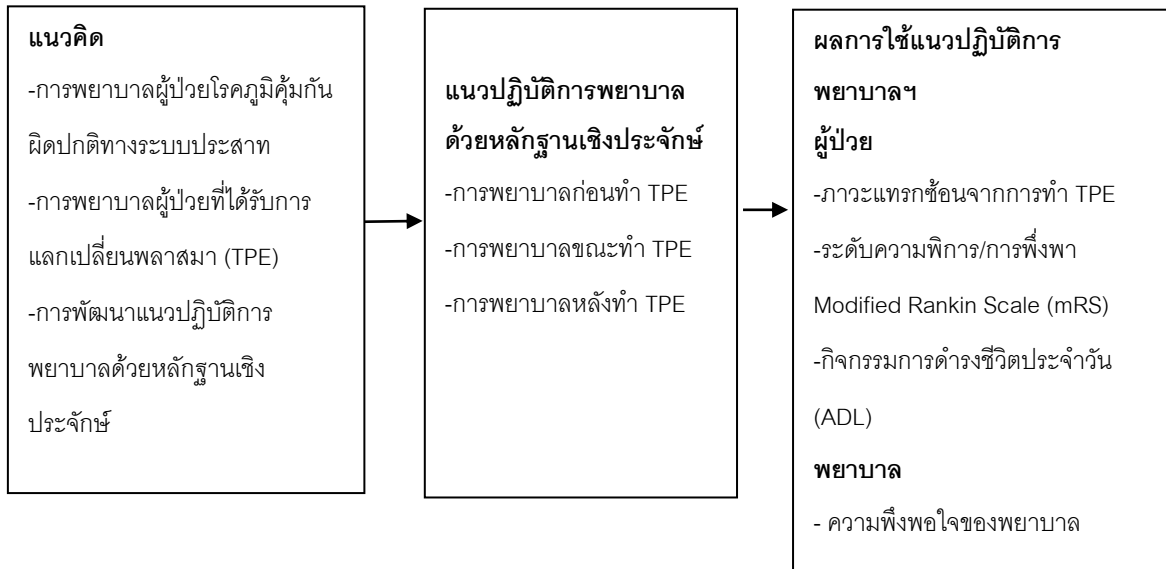
บทนำ

โรคระบบภูมิคุ้มกันผิดปกติทางระบบประสาท (Neuroimmune Disorders) เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันจากการสร้างแอนติบอดีที่ผิดปกติเข้าไปทำลายเนื้อเยื่อประสาท ซึ่งมีทั้งระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทส่วนปลาย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในการเคลื่อนไหว การรับความรู้สึก การมองเห็น และพฤติกรรมผิดปกติ¹ โรคในกลุ่มนี้ที่พบได้บ่อย ได้แก่ Multiple Sclerosis (MS), Neuromyelitis Optica Spectrum Disorders (NMOSD), Acute Disseminated Encephalomyelitis (ADEM) และ Anti-NMDA Receptor Encephalitis (NMDARE)² จากการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่าอุบัติการณ์ของโรคระบบภูมิคุ้มกันผิดปกติทางระบบประสาท โดยเฉพาะ NMOSD และ MS มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมถึงภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้³⁻⁴ และประเทศไทย⁵ โดยในสถาบันประสาทวิทยา พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2564-2566 มีผู้ป่วยโรคระบบภูมิคุ้มกันผิดปกติเข้ารับการรักษารวมทั้งสิ้น 279, 343, 413 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁶ การรักษาโรคระบบภูมิคุ้มกันผิดปกติทางระบบประสาทในระยะที่โรคกำเริบมีเป้าหมายเพื่อลดการอักเสบ จำกัดความเสียหายต่อเนื้อเยื่อระบบประสาท และป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยแนวทาง การรักษาสำคัญ ได้แก่ Intravenous corticosteroids, TPE และ Targeted Therapy ซึ่ง TPE ถือเป็นหัตถการที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตหรือในกลุ่มผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย Intravenous corticosteroids ไม่เพียงพอ⁷ การทำ TPE มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ เช่น ความดัน

โลหิตต่ำ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ปฏิกริยาภูมิแพ้ ต่อสารทดแทน และการติดเชื้อ เป็นต้น⁸⁻¹⁰ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพยาบาลในการเฝ้าระวัง และการจัดการภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม ทั้งนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาแม้จะมีการศึกษาถึงการปฏิบัติพยาบาลขณะให้ TPE ในผู้ป่วยโรคระบบภูมิคุ้มกันผิดปกติทางระบบประสาท¹¹ แต่ในประเทศไทยยังขาดการรวบรวมความรู้และนำมาประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบ รวมถึงยังไม่มี การจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติทางระบบประสาทมาก่อน ดังนั้นในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาล ของสถาบันประสาทวิทยา ผู้วิจัยเห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในโรคนี้ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงศึกษาเรื่อง "ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติทางระบบประสาท" โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ให้ได้มาซึ่งแนวปฏิบัติทางการพยาบาล จากนั้นใช้กรอบแนวคิดของ Donabedian (2005)¹² ในการประเมินโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของการดูแล ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทการดูแลผู้ป่วยในประเทศไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติทางระบบประสาท โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การค้นหาและการสืบค้นข้อมูลอย่างเป็นระบบ ระยะที่ 2 การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติฯ ซึ่งดำเนินการที่หอผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติทางระบบประสาท และหอผู้ป่วยหนักประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา ระยะเวลาตั้งแต่ เดือนกันยายน 2567 ถึงเดือนสิงหาคม 2568 โดยมีการดำเนินงาน ดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาและการสืบค้นอย่างเป็นระบบ (เดือนกันยายน 2567 ถึงเดือนเมษายน 2568) ดำเนินการ ดังนี้

1) ประชุมคณะผู้วิจัยเพื่อกำหนดกำหนดคำสืบค้นสำคัญในการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ (keywords) และคำเชื่อม (Boolean operators) เช่น “Therapeutic Plasma Exchange” OR “Plasmapheresis”, “Neuroimmune disorders” OR “Neuromyelitis Optica” OR “Myasthenia Gravis” OR “Multiple Sclerosis” OR “Guillain-Barré Syndrome” OR “CIDP”, “Nursing care” OR “Nursing guideline” OR “Complications prevention” กำหนดฐานข้อมูลในการสืบค้นปีที่ 52 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2568

ฐานข้อมูลที่ใช้สืบค้น คือ PubMed, Scopus, CINAHL, Web of Science และ Google Scholar

2) มอบหมายให้ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 3 เป็นผู้สืบค้นตามฐานข้อมูลที่กำหนด และมีเกณฑ์การคัดเข้าของบทความคือ (1) เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ TPE (2) เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (RCT) การวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) การศึกษาแบบ retrospective, prospective รวมทั้งงานวิจัยเชิงปฏิบัติการพยาบาล (3) ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการที่ผ่านการ Peer-reviewed ระหว่างปี 2010–2025 (4) บทความภาษาอังกฤษหรือภาษาไทยที่มีผลลัพธ์ชัดเจน เช่น ประสิทธิภาพ ผลข้างเคียง หรือผลต่อการพยาบาล เกณฑ์การคัดออกของบทความ คือ (1) บทความที่ซ้ำกัน (2) ไม่สามารถได้เข้าถึงบทความฉบับเต็ม (full text) หรือมีเฉพาะบทคัดย่อเท่านั้น (3) ไม่ใช้การทำ TPE ในผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติทางระบบประสาท (4) รายละเอียดของบทความไม่ตรงกับปรากฏการณ์ที่สนใจ เช่น ประชากรที่ศึกษา หรือรูปแบบการทดลอง

3) มอบหมายให้ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 2 และคนที่ 4 ประเมินระดับคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จาก

การสืบค้นตามเกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute¹³ โดยดำเนินการแยกกันและส่งผลการประเมินให้ ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1 หากพบข้อโต้แย้งหรือมีความเห็นไม่ตรงกัน ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1 เป็นผู้ตัดสิน เพื่อคัดเข้าเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาล

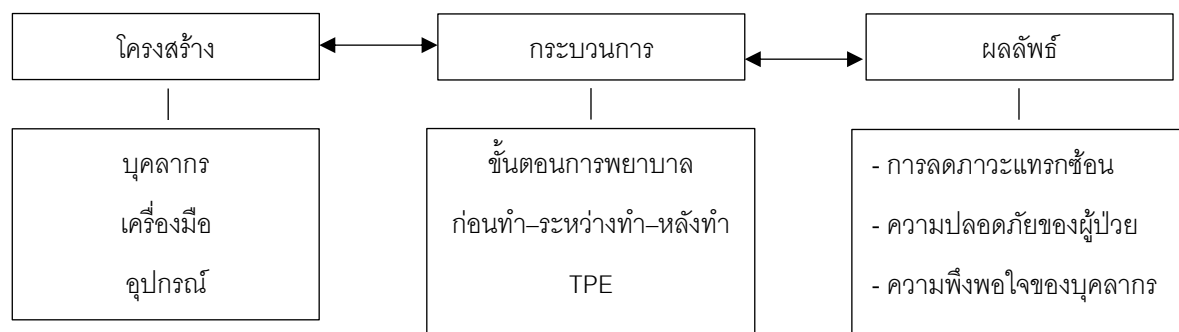
4) นำบทความที่ผ่านการคัดเข้ามารวบรวมวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสกัดเนื้อหาพร้อมกันในคณะผู้วิจัย โดยใช้ Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation (GRADE)¹⁴ และ Jadad score¹⁵

ผลการคัดเลือกบทความ ได้บทความทั้งหมด 527 บทความที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า แล้วพิจารณาคัดกรองตามเกณฑ์การคัดออก จำนวน 487 บทความ เนื่องจากเป็นบทความที่ซ้ำกัน 120 บทความ เป็นบทความคัดย่อและ/หรือเข้าไม่ถึงบทความฉบับเต็ม 42 บทความ ไม่ใช้การทำ TPE ในผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติทางระบบประสาท 260 บทความ รายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับประชากรหรือรูปแบบการทดลองไม่ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัย 65 บทความ คงเหลือบทความเพื่อนำไปดำเนินการประเมินระดับคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ 40 บทความ

ผลการดำเนินการประเมินระดับคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 40 บทความ

ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน 17 บทความ ผ่านเกณฑ์การประเมิน 23 บทความ โดยเป็นงานวิจัยเชิงคลินิก 17 เรื่อง ครอบคลุมการศึกษาแบบ Randomized Controlled Trial (RCT) การศึกษา meta-analysis การศึกษา retrospective cohort และบทความ review โดยเน้นผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพของ TPE ต่อโรคระบบภูมิคุ้มกันทางระบบประสาท ความปลอดภัย และภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย และเป็นงานวิจัยเชิงแนวปฏิบัติการพยาบาล 6 เรื่อง มุ่งเน้นการพัฒนาและการนำแนวทางการพยาบาลไปใช้จริง เช่น แนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเสริมสร้างความรู้แก่พยาบาลและผู้ป่วย การจัดทำคู่มือการปฏิบัติ รวมถึงการประเมินความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ TPE ผลวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสกัดงานวิจัยเพื่อนำไปสร้างเป็นแนวปฏิบัติ ซึ่งมีรายละเอียดที่สำคัญดังนี้

1) การใช้ Donabedian's Framework (Structure–Process–Outcome)¹² เป็นกรอบในการกำหนดเนื้อหาครอบคลุมโครงสร้าง (บุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์) กระบวนการ (ขั้นตอนการพยาบาล ก่อน-ระหว่าง-หลังทำ TPE) และผลลัพธ์¹⁷ (การลดภาวะแทรกซ้อน ความปลอดภัยของผู้ป่วย และความพึงพอใจของบุคลากร) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติทางระบบประสาท

2) ประเด็นหลักของเนื้อหาจากบทความทั้งหมดสามารถแบ่งเป็น 4 หมวด ได้แก่

2.1 ประสิทธิภาพของ TPE: พบว่า การใช้ TPE ในผู้ป่วยโรคระบบภูมิคุ้มกันผิดปกติทางระบบประสาทแสดงให้เห็นถึง ประสิทธิภาพในการลดอาการและฟื้นฟูสมรรถภาพทางระบบประสาท โดยเฉพาะในภาวะกำเริบเฉียบพลันและกรณีที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย corticosteroids หรือ intravenous immunoglobulin (IVIG) การให้ TPE อย่างทันต่วงที่สามารถช่วยลดความรุนแรงของอาการ (EDSS) และเพิ่มโอกาสในการฟื้นฟูการมองเห็นได้อย่างมีนัยสำคัญ การทำ TPE ซ้ำต่อเนื่องอย่างน้อย 5-6 ครั้งร่วมกับ corticosteroids ช่วยเพิ่มอัตราการตอบสนองทางคลินิกใน NMOSD ได้ถึงร้อยละ 80

2.2 ความปลอดภัยและภาวะแทรกซ้อนของ TPE: แม้ว่า TPE จะเป็นหัตถการที่ปลอดภัย แต่ยังคงมีความเสี่ยงด้านภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะ hypotension, hypocalcemia จาก citrate, ปฏิกิริยาแพ้สารทดแทนพลาสมา และภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการใส่สายสวนหลอดเลือด จากการศึกษา พบว่า ในเด็ก อัตราภาวะแทรกซ้อนรวมอยู่ที่ร้อยละ 12.7 โดยส่วนใหญ่เป็นอาการผื่นคันและความดันโลหิตผิดปกติ ซึ่งสามารถจัดการได้โดยไม่พบการเสียชีวิต ในผู้ใหญ่ พบการเกิด citrate reaction ประมาณร้อยละ 17 และความดันโลหิตต่ำร้อยละ 6.8 สำหรับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า อัตราการติดเชื้อ โดยเฉพาะปอดอักเสบจากเครื่องช่วยหายใจ (ventilator-associated pneumonia: VAP) มีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อทำ TPE

2.3 การพยาบาลเพื่อการดูแลและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน แบ่งเป็น

(1) การพยาบาลในกระบวนการ TPE จำเป็นต้องอาศัยสมรรถนะเชิงเทคนิคที่มีความละเอียดรอบคอบ อันได้แก่ การปฏิบัติการเครื่องมือ

การจัดการยาต้านการแข็งตัวของเลือด การคำนวณปริมาตรพลาสมา และการดูแลการเข้าถึงหลอดเลือด ทั้งนี้ แนวทางปฏิบัติอาจแตกต่างกันไปตามเทคนิคที่ใช้ ไม่ว่าจะเป็นแบบ centrifugation หรือแบบ membrane filtration ซึ่งส่งผลต่อระยะเวลาของกระบวนการและความสบายของผู้ป่วย แนวทางมาตรฐานเน้นความสำคัญของการเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและการปฏิบัติตามพารามิเตอร์ของกระบวนการอย่างเคร่งครัด เพื่อให้มั่นใจถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการรักษา

(2) ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการทำ TPE ซึ่งต้องได้รับการจัดการโดยพยาบาล ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ (hypotension) ปฏิกิริยาแพ้ (allergic reactions) ความผิดปกติของสมดุลอิเล็กโทรไลต์ (electrolyte imbalances) ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) และการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับสายสวน (catheter-related infections) การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและการให้การพยาบาลอย่างทันต่วงที่โดยพยาบาลที่มีทักษะและความชำนาญ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความรุนแรงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อีกทั้งปัจจัยเฉพาะของผู้ป่วย เช่น อายุและความรุนแรงของโรค ล้วนมีผลต่ออัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

(3) การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที การเคลื่อนไหว และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพควรเริ่มตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของโรค และได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะบุคคล รวมถึงดำเนินการภายใต้ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม กิจกรรมหลักที่ได้รับการยอมรับ ได้แก่ กายภาพบำบัด การฝึกการทรงตัว การเสริมสร้างสมรรถภาพกล้ามเนื้อ การใช้เทคโนโลยี

หุ่นยนต์ช่วยในการฟื้นฟู และการฝึกกล้ามเนื้อหายใจ ซึ่งล้วนมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มศักยภาพการฟื้นตัว ลดความพิการระยะยาว และสนับสนุนการกลับมา ดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ

(4) งานวิจัยจำนวนหนึ่งได้กล่าวถึงประเด็น ด้าน ความคุ้มค่าคุ้มทุน (cost-effectiveness) ของ การทำ TPE เมื่อเปรียบเทียบกับทางเลือกการรักษา อื่นๆ โดยมีการเสนอแนวทาง เช่น การใช้การ แลกเปลี่ยนพลาสมาในปริมาตรต่ำ (low-volume plasma exchange) และการใช้ สารทดแทน (substitution fluids) ประเภท hydroxyethyl starch ซึ่งเป็น ทางเลือกที่ช่วยลดต้นทุนโดยไม่กระทบต่อความ ปลอดภัยของผู้ป่วย อีกทั้ง การบริหารจัดการทาง การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ มีบทบาทสำคัญใน การลดระยะเวลาของเหตุการณ์และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยการควบคุมขั้นตอนการปฏิบัติให้เป็นไปตาม มาตรฐาน การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และการประสาน งานที่รัดกุมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ล้วนส่งผลต่อการ ใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมและช่วยเพิ่มความคุ้มค่า ในเชิงเศรษฐศาสตร์การพยาบาล

(5) การประสานงานระหว่างทีม สหวิชาชีพมี ความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จในการดำเนินการ รักษาด้วย TPE โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการ เชื่อมโยงการปฏิบัติระหว่างทีม ทั้งในด้านการปฏิบัติตามแนวทางที่แตกต่างกัน (protocol variations) การ จัดการกระบวนการขอความยินยอมจากผู้ป่วย (patient consent) และการเตรียมแผนการดูแลผู้ป่วย กรณีฉุกเฉิน (emergency management plans)

ระยะที่ 2 การพัฒนาและประเมินผลแนว ปฏิบัติฯ (เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2568) ดำเนินการ ดังนี้

1) คณะผู้วิจัยนำผลการสกัดงานวิจัยมา ดำเนินการพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย โรคภูมิคุ้มกันผิดปกติทางระบบประสาท

2) นำแนวปฏิบัติที่พัฒนา ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติทาง ระบบประสาท พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการเปลี่ยน ถ่ายพลาสมาในผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติทางระบบ ประสาท และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการ ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)¹⁶

3) ดำเนินการปรับปรุงตามคำแนะนำจาก ผู้ทรงคุณวุฒิ

4) นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดสอบการใช้งาน กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึง กับกลุ่มตัวอย่าง 2 รายเพื่อพิจารณาความสมบูรณ์ นำไปใช้จริง

5) ผูกอบบรมบุคลากรทางการพยาบาล การศึกษามีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความรู้ ทักษะปฏิบัติ และทัศนคติของพยาบาลต่อการดูแล ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดำเนินการ TPE โดยแนวทาง การพยาบาลที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based guidelines) ร่วมกับการผูกอบบรมเชิงโครงสร้าง อย่างเป็นระบบ มีส่วนช่วยเพิ่มขีดความสามารถของ พยาบาลในการจัดการขั้นตอนการรักษาและ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ส่งผลโดยตรงต่อความ ปลอดภัยของผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี ยิ่งขึ้น หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยหลายฉบับ ยังชี้ให้เห็นว่า การดำเนินการด้านการศึกษามีสามารถ สร้างการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางสถิติในตัวชี้วัด ด้านสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาล ซึ่งแนวทาง ปฏิบัติที่จำเพาะต่อโรค (disease-specific protocols) ยังมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้พยาบาลสามารถ ปรับกลยุทธ์การดูแลได้อย่างเหมาะสม ทั้งในด้านการ ประเมิน การเฝ้าระวัง และการป้องกันความเสี่ยงต่อ การกำเริบของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มี ประสิทธิภาพสูงสุดและลดอัตราการเกิดภาวะ แทรกซ้อน

6) ประเมินผลแนวปฏิบัติโดยนำมาใช้กับกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติทางระบบประสาททุกรายที่ได้รับการรักษาด้วยการทำ TPE และตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ที่หอผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติทางระบบประสาท และหอผู้ป่วยหนักประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ

1) ผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติทางระบบประสาทที่ได้รับการรักษาด้วยการเปลี่ยนถ่ายน้ำเหลือง (TPE) มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติทางระบบประสาทจากแพทย์เฉพาะทางระบบประสาท ได้รับการทำ TPE อย่างน้อย 1 ครั้ง เกณฑ์การคัดออก คือ มีการติดเชื้อรุนแรงก่อนเริ่ม TPE มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับ TPE ขาดข้อมูลสำคัญในเวชระเบียน เช่น ผลลัพธ์ทางคลินิก หรือผลการบันทึกเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการทำ TPE และการใส่สายสวนหลอดเลือด แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้าที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเข้ารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยาระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน 2568 เก็บข้อมูลผ่านเอกสารเวชระเบียน และ ฐานข้อมูล Neuro-immuno registry (2) กลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้าที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น และเข้ารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยาระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2568

2) พยาบาลวิชาชีพที่ทดลองใช้แนวปฏิบัติคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคระบบประสาทภูมิคุ้มกันและหอผู้ป่วยหนักประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 10 คน โดยทุกคนมีประสบการณ์

การทำ TPE มากกว่า 6 เดือน ผ่านการฝึกอบรมการใช้แนวปฏิบัติตามเกณฑ์ที่คณะผู้วิจัยกำหนด และมีคะแนนความรู้ภายหลังการอบรมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติทางระบบประสาท มีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) = 0.92 แบบตรวจสอบ (Checklist) การปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติและแบบวัดความรู้เรื่องการใช้แนวปฏิบัติสร้างโดยผู้วิจัย ใช้เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนในการปฏิบัติตามขั้นตอนและความรู้หลังการอบรมของพยาบาล มีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) = 0.87 และ 0.93 ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1)

แบบบันทึกข้อมูลภาวะแทรกซ้อน (Complication Record Form) พัฒนาจากแนวทางของ American Society for Apheresis (ASFA Guidelines) มีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) = 0.93 2) แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcome Scores) ได้แก่ Barthel Index และ Modified Rankin Scale (mRS) เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะทางระบบประสาท เช่น Myasthenia Gravis, Guillain-Barré Syndrome, Neuromyelitis Optica เพื่อวัดการฟื้นฟูและความสามารถในการทำ ADL มีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) = 1 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ใช้วัดความพึงพอใจของพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติใน 3 ด้าน คือ ความชัดเจน ความสะดวก และประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย มีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) = 0.93 มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.72, 0.81 และ 0.75 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบ

โดยสถิติ Chi-square, paired t-test และ independent t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันประสาทวิทยา เลขที่โครงการ 68032 วันที่ 8 พฤษภาคม 2568 ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยได้รับการดูแลทางการแพทย์ตามขั้นตอนตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ไม่ส่งผลกระทบต่อแผนการรักษาของแพทย์ และได้รับการรักษาตามมาตรฐาน ดำเนินการวิจัยตามหลักจริยธรรมตามคำประกาศเฮลซิงกิ โดยคำนึงถึงเรื่องความปลอดภัยต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงและอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับรวมทั้งการติดตามดูแลจากผู้วิจัยอย่างต่อเนื่องจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใดๆ ข้อมูลการวิจัยทั้งหมดถูกจัดเก็บในรูปแบบเอกสารและไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ เอกสารที่เป็นข้อมูลระบุตัวตนของอาสาสมัคร ถูกเก็บในแฟ้มที่ปลอดภัยที่เข้าถึงได้เฉพาะผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ ข้อมูลในรูปแบบเอกสารจะถูกทำลายโดยเครื่องทำลายเอกสาร ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จะถูกลบทิ้งอย่างถาวรจากระบบโดยใช้ซอฟต์แวร์ที่ได้รับมาตรฐานการทำลายข้อมูล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย มีดังนี้

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติทางระบบประสาทที่ได้รับการรักษาด้วยการทำ TPE ครอบคลุม 3 ระยะ ได้แก่

1.1 การพยาบาลก่อนทำ TPE: พยาบาลประเมินสภาพร่างกายและหัตถการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สัญญาณชีพ ผลทางห้องปฏิบัติการ (CBC, coagulation profile, electrolytes) และการประเมินระบบหัวใจ

และหลอดเลือด เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยอธิบายขั้นตอนการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสร้างความเข้าใจและลดความวิตกกังวล เตรียมเส้นทางหลอดเลือด (vascular access) และทดสอบความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบสิทธิการรักษาและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สังคมสงเคราะห์

1.2 การพยาบาลระหว่างทำ TPE: ให้การพยาบาลโดยใช้ Checklist และ Complication Record Form ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นเครื่องมือประกอบ ดังนี้

1) เฝ้าระวังสัญญาณชีพและการตอบสนองของผู้ป่วย ได้แก่ ติดตาม ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ อุณหภูมิ และออกซิเจนในเลือด (SpO₂) ทุก 15-30 นาที หรือตามแนวทางของแผนการรักษา ประเมิน อาการทางระบบประสาท อย่างสม่ำเสมอ เช่น ระดับความรู้สึกตัว พูดสับสน ชัก สังเกต สีผิว เหงื่อออก ความวิตกกังวล หรืออาการไม่สุขสบาย เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

2) ดูแลระบบการไหลเวียนและเครื่องมือ ได้แก่ ตรวจสอบการทำงานของเครื่อง TPE อย่างต่อเนื่อง เช่น อัตราการไหลของเลือด (blood flow rate) และ pressure alarm ตรวจสอบตำแหน่งและความมั่นคงของสายสวนหลอดเลือด เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดหรือรั่วซึม เฝ้าระวัง อุณหภูมิของสารทดแทน เพื่อป้องกันภาวะหนาวสั่น (chills, hypothermia)

3) บริหารยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulation management) ถ้าใช้ citrate เฝ้าระวังอาการ hypocalcemia ได้แก่ ชาปลายมือปลายเท้า กล้ามเนื้อกระตุก หรือ หัวใจเต้นผิดปกติ และเตรียม calcium gluconate/calcium chloride สำหรับให้ทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ ถ้าใช้ heparin

ให้เฝ้าระวังสัญญาณเลือดออก เช่น เลือดออกตามไรฟัน จุดจ้ำเลือด

4) ป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ (1) ความดันโลหิตต่ำ แก้ไขโดยการปรับอัตราการไหลของสารทดแทน การให้สารน้ำ หรือรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยารักษา (2) ปฏิกริยาแพ้ ให้หยุดหัตถการทันทีเมื่อพบผื่น หายใจลำบาก หรือความดันโลหิตลดลง เตรียมยาฉุกเฉินให้พร้อมใช้ได้ทันที เช่น antihistamines, corticosteroids, adrenaline (3) ภาวะแทรกซ้อนจากเครื่อง ให้ตรวจสอบสัญญาณเตือน (alarm) และแก้ไขเบื้องต้นทันที เช่น air embolism alarm หรือ clot alarm

5) สื่อสารและสนับสนุนด้านจิตใจ อธิบายขั้นตอนให้ผู้ป่วยรับรู้เป็นระยะ ลดความกังวล สังเกตพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงความไม่สุขสบาย เช่น การขยับตัวบ่อยครั้ง สีหน้ากังวล และให้การดูแลเพื่อลดความเครียด

6) การบันทึกทางการพยาบาลและรายละเอียดต่างๆ ระหว่างดำเนินการ โดยเฉพาะการบันทึก สัญญาณชีพ อัตราการไหล เวลาที่เริ่มและสิ้นสุดหัตถการ ปริมาณพลาสมาที่ถูกแลกเปลี่ยน และชนิดสารทดแทนที่ใช้ รวมไปถึงการระบุอาการผิดปกติและการพยาบาลที่ให้ เพื่อใช้ในการประเมินผลและวางแผนการดูแลต่อเนื่อง

1.3 การพยาบาลหลังทำ TPE: พยาบาลประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยอีกครั้ง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเส้นทางหลอดเลือด ประเมินผลทางห้องปฏิบัติการซ้ำเพื่อเฝ้าระวังความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์และการแข็งตัวของเลือด พร้อมทั้งสังเกตภาวะแทรกซ้อนล่าช้า เช่น ภาวะติดเชื้อหรือเลือดออก พยาบาลควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลหลังหัตถการ การพักผ่อน และการติดตามอาการ รวมทั้งบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อใช้ในการประเมินผลการรักษาในระยะยาว

2. ผลการประเมินแนวปฏิบัติฯ

2.1 ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มควบคุม 26 ราย กลุ่มทดลองผู้ป่วย 20 ราย โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมอยู่ที่ 43.23 (SD= 12.85) ปี และกลุ่มทดลองอยู่ที่ 45.05 (SD= 13.74) ปี ซึ่งมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .581$) ในด้านเพศ พบว่ากลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย ร้อยละ 34.6 และเพศหญิง ร้อยละ 65.4 ส่วนกลุ่มทดลองเป็น เพศชาย ร้อยละ 30.0 และเพศหญิง ร้อยละ 70.0 มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .74$) การวินิจฉัยโรค พบว่า ในกลุ่มควบคุมมีผู้ป่วย NMOSD ร้อยละ 65.38 รองลงมา คือ NMDA ร้อยละ 15.38 และ CIDP ร้อยละ 7.69 ส่วนกลุ่มทดลองมี NMOSD ร้อยละ 65 รองลงมาคือ NMDA ร้อยละ 20 และ CIDP ร้อยละ 10 มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .878$) ทั้งสองกลุ่มมีจำนวนครั้งเฉลี่ยในการทำ TPE เท่ากัน คือ 5 ครั้งต่อราย (SD = 0.0)

2.2 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล พยาบาลทั้งหมด 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 9 คน ร้อยละ 90.0 และเพศชาย 1 คน ร้อยละ 10.0 อายุเฉลี่ย 37.1 ± 4.8 ปี ประสบการณ์ทำงานในแผนกประสาทวิทยา พบว่า ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ ≤ 5 ปี 6 คน ร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ 6-10 ปี 3 คน ร้อยละ 30.0 และมากกว่า 10 ปี 1 คน ร้อยละ 10.0 ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย TPE พบว่า ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ ≤ 3 ปี 7 คน ร้อยละ 70.0 รองลงมา คือ 4-6 ปี 2 คน ร้อยละ 20.0 และ ≥ 7 ปี 1 คน ร้อยละ 10.0

2.3 ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการ TPE ต่อจำนวนครั้งในการทำหัตถการ กลุ่มทดลองมีร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 3 รายการหลัก ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะแคลเซียมต่ำ และภาวะโพแทสเซียมต่ำ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการ TPE ต่อจำนวนครั้งในการทำหัตถการ

ภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มควบคุม N=130 ครั้ง (%)	กลุ่มทดลอง N=100 ครั้ง (%)	p-value
Hypotension	39 (30.00)	10 (10.00)	.000*
Symptomatic Hypocalcemia	27 (20.76)	0 (0.00)	.000*
Infection	11 (8.46)	5 (5.00)	.306
Allergic to FFP	14 (10.77)	5 (5.00)	.115
Hypokalemia	54 (35.61)	9 (9.00)	.000*
Abnormal Bleeding	7 (5.65)	3 (3.00)	.379*

*Chi-square test used. *p < .05 indicates statistical significance.

2.4 ผลลัพธ์ทางคลินิกภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังทำ TPE ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างด้าน กิจกรรมการดำรงชีวิตประจำวัน (ADL) และ ระดับความพิการ/การพึ่งพา (Modified Rankin Scale; mRS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ทางคลินิกกลุ่มทดลองมีอัตราการฟื้นตัวที่โดดเด่นกว่า นอกจากนี้ก่อนทำ

TPE ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างในผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่ม ในขณะเดียวกันหลังทำ TPE กลุ่มทดลองมีคะแนน ADL สูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนน mRS ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงผลลัพธ์เชิงคลินิกที่ดีกว่าในกลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ทางคลินิกภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม

ตัวแปร	ก่อนทำ TPE $\bar{x}$ (SD)	หลังทำ TPE $\bar{x}$ (SD)	t	df	p-value
ADL (ควบคุม n=26)	12.96 (1.31)	14.38 (1.55)	-7.68	25	.000*
ADL (ทดลอง n=20)	13.65 (1.50)	15.75 (1.45)	-11.91	19	.000*
t	-1.66	-3.05			
df	44	44			
p-value	0.103	.004**			
mRS (ควบคุม n=26)	3.42 (0.50)	2.38 (0.50)	10.03	25	.000*
mRS (ทดลอง n=20)	3.20 (0.62)	1.60 (0.50)	10.51	19	.000*
t	1.35	5.29			
df	44	44			
p-value	0.183	.000**			

*Paired t-test used, **Independent t-test used, p < .05 indicates statistical significance.

2.5 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับสูง (ช่วงคะแนนรวม 61-75) 8 คน ร้อยละ 80 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนนรวม 46-60) 2 คน ร้อยละ 20 และไม่มีผู้ตอบแบบสอบถามรายใดแสดงความพึงพอใจในระดับต่ำ (ช่วงคะแนนรวม 15-45) โดยเมื่อคิดค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ที่ 63.1 จากคะแนนเต็ม 75 แสดงถึงระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า แนวปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติทางระบบประสาทที่พัฒนาขึ้นตามหลักฐานเชิงประจักษ์และผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา มีผลทำให้สามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำ TPE ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะแคลเซียมต่ำ และภาวะโพแทสเซียมต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางปกติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pham & Schwartz²⁰ และ Baldwin & Todd¹¹ ที่ยืนยันว่าการพยาบาลเชิงรุกและการติดตามภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิดมีส่วนสำคัญต่อการลดความรุนแรงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้ การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกโดยใช้ ADL และ mRS พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูสมรรถภาพและลดระดับความพิการได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ Kosiyakul¹⁸ และ Chen¹⁹ ที่รายงานว่า การทำ TPE ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของโรคช่วยเพิ่มโอกาสในการฟื้นตัว โดยเฉพาะในผู้ป่วย NMOSD และ MS

ในด้านความพึงพอใจของพยาบาล พบว่า อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่จัดทำขึ้นมีความชัดเจน ใช้งานได้จริง และเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับงานของ Abdel-Salam et al.²¹ และ Amein²² ที่ยืนยันว่าโปรแกรมการศึกษาและ

การใช้แนวทางมาตรฐานส่งผลต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญโดยรวมแล้ว การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถเชื่อมโยงองค์ประกอบตามกรอบ Donabedian's Framework ได้แก่ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแสดงถึงศักยภาพของการพัฒนาแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทการพยาบาลในประเทศไทย

ในส่วนของคุณลักษณะแนวปฏิบัติการพยาบาล นั้นพบว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากการศึกษาอื่นในหลายประการ ประการแรก แนวปฏิบัตินี้ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยอิงจาก Donabedian's Framework ซึ่งครอบคลุมทั้งโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยมีการบูรณาการแนวคิด การพยาบาลเข้ากับแนวทางการรักษาทางการแพทย์อย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ Baldwin & Todd¹¹ และ Japzon et al.²³ ที่เน้นความสำคัญของการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและการมีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ประการที่สอง แนวปฏิบัตินี้มีความครอบคลุมมากกว่าแนวทางส่วนใหญ่ที่เคยมีการศึกษามาก่อน โดยไม่เพียงแต่เน้นการดูแลระหว่างทำ TPE เท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนหัตถการและการติดตามอย่างใกล้ชิดหลังหัตถการ¹² ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Tombak et al. ที่มุ่งเน้นเฉพาะการจัดการภาวะแทรกซ้อนระหว่างหัตถการเป็นหลัก²⁴ ประการที่สาม แนวปฏิบัตินี้มีการพัฒนาเครื่องมือสนับสนุนที่เฉพาะเจาะจงที่ช่วยให้พยาบาลสามารถเฝ้าระวังและบันทึกภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเป็นระบบและทันทั่วทั้งที่²⁵ ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ Abdel-Salam et al.²¹ และ Amein²² ที่พบว่าเครื่องมือมาตรฐานช่วยเพิ่มความมั่นใจและความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาล อย่างไรก็ตาม

แนวปฏิบัติในการศึกษาที่ได้รับการพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยและสถาบันประสาทวิทยาโดยเฉพาะ ซึ่งแตกต่างจากแนวทางสากลที่อาจไม่ครอบคลุมข้อจำกัดด้านทรัพยากรหรือโครงสร้างการทำงานในแต่ละสถานพยาบาล

สรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติทางระบบประสาท พบว่า แนวปฏิบัตินี้มีประสิทธิภาพในการลดอัตราภาวะแทรกซ้อนจากการทำ TPE เพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกในด้านสมรรถภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งเพิ่มความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ แสดงถึงคุณค่าของการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาเป็นแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบททางคลินิกจริง โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรบูรณาการแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้เข้าสู่ระบบบริการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยที่มีการทำ TPE เพื่อ

เพิ่มมาตรฐานการดูแล ลดความแปรปรวนของการปฏิบัติ และยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย

2. ด้านการพัฒนาบุคลากร ควรจัดโปรแกรมการอบรมอย่างเป็นระบบแก่พยาบาลวิชาชีพเพื่อเพิ่มสมรรถนะทางวิชาชีพ โดยเน้นทั้งทักษะทางเทคนิคและการจัดการภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

3. ด้านนโยบายและระบบบริการ ผู้บริหารพยาบาลควรสนับสนุนการจัดทำคู่มือและระบบติดตามผลการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินคุณภาพและผลลัพธ์ในระยะยาว รวมทั้งพิจารณาขยายการใช้แนวปฏิบัติไปยังโรงพยาบาลเครือข่าย

4. ด้านการวิจัย ควรดำเนินการศึกษาติดตามผลในระยะยาว รวมถึงการเปรียบเทียบต้นทุนและความคุ้มค่าของการใช้แนวปฏิบัติกับการดูแลตามวิธีมาตรฐาน เพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เข้มแข็งยิ่งขึ้น

References

1. Mohammad SS, Dale RC. Principles and approaches to the treatment of immune-mediated movement disorders. Eur J Paediatr Neurol. 2018;22(2):292-300.
2. Nutma E, Willison H, Martino G, Amor S. Neuroimmunology – the past, present and future. Clin Exp Immunol. 2019;197(3):278-93.
3. Espiritu AI, Leochico CF, Separa KJ, Jamora RD. Scientific impact of multiple sclerosis and neuromyelitis optica spectrum disorder research from Southeast Asia: a bibliometric analysis. Mult Scler Relat Disord. 2020;38:101862.
4. Viswanathan S, Wah LM. A nationwide epidemiological study on the prevalence of multiple sclerosis and neuromyelitis optica spectrum disorder with important multi-ethnic differences in Malaysia. Mult Scler. 2019;25(11):1452-61.
5. Tisavipat N, Jitpratoom P, Siritho S, et al. The epidemiology and burden of neuromyelitis optica spectrum disorder, multiple sclerosis, and MOG antibody-associated disease in a province in Thailand: A population-based study. Mult Scler Relat Disord. 2023;70:104511.

6. Neurological Institute of Thailand. Annual Hospital Statistical Report 2024 [unpublished]. Bangkok: Neurological Institute of Thailand; 2025. Thai.
7. Neurological Institute of Thailand. Clinical practice guidelines: multiple sclerosis and neuromyelitis optica spectrum disorder. Bangkok: Tanapress; 2018. Thai.
8. Shemin D, Briggs D, Greenan M. Complications of therapeutic plasma exchange: a prospective study of 1,727 procedures. *J Clin Apher.* 2007;22(5):270-6.
9. Niederecker K. Clinical features and outcomes of patients treated with therapeutic plasma exchange in intensive care unit of the internal medicine department [dissertation]. Split: University of Split, School of Medicine; 2024.
10. Ganjiani F, Abdi S. Complications of therapeutic plasma exchange in patients with neurologic disorders. *Jundishapur J Chronic Dis Care.* 2025;14(14).
11. Baldwin I, Todd S. Therapeutic plasma exchange in the intensive care unit and with the critically ill, a focus on clinical nursing considerations. *J Clin Apher.* 2022;37(4):397-404.
12. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.* 2005;83(4):691.
13. Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute levels of evidence and grades of recommendation working party. Supporting document for the Joanna Briggs Institute levels of evidence and grades of recommendation. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2014.
14. Guyatt GH, Oxman AD, Schünemann HJ, Tugwell P, Knottnerus A. GRADE guidelines: a new series of articles in the Journal of Clinical Epidemiology. *J Clin Epidemiol.* 2011;64(4):380-2.
15. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials.* 1996;17(1):1-12.
16. Waltz CF, Strickland OL, Lenz E. Measurement in nursing and health research. New York: Springer Publishing Company; 2010.
17. Sussmane JB, Torbati D, Gitlow HS. Measuring the quality of therapeutic apheresis care in the pediatric intensive care unit. *J Clin Apher.* 2012;27(2):43-50.
18. Kosiyakul P, Songwisit S, Ungprasert P, Siritho S, Prayoonwiwat N, Jitprapaikulsan J. Effect of plasma exchange in neuromyelitis optica spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Ann Clin Transl Neurol.* 2020;7(11):2094-102.
19. Chen JJ, Flanagan EP, Pittock SJ, et al. Visual outcomes following plasma exchange for optic neuritis: an international multicenter retrospective analysis of 395 optic neuritis attacks. *Am J Ophthalmol.* 2023;252:213-24.
20. Pham HP, Schwartz JE. Therapeutic plasma exchange in Guillain-Barre syndrome and chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy. *Presse Med.* 2019;48(11):338-46.

21. Abdel-Salam AA, Sharshour SM, Abd-El Aziz SM. Effect of evidence based guidelines on nurses' performance and attitude regarding care of children undergoing plasmapheresis. *Tanta Sci Nurs J*. 2023;31(4):192-221.
22. Amein NM, Elkodoos RF, Mostafa HA, Ismail LM, Hegazy MA. Effectiveness of plasmapheresis educational and training program on nurses' competency. *Egypt Nurs J*. 2024;21(1):39-52.
23. Japzon N, Takova A, Levee V, Han R, McDonald J, Sacks B, et al. Key considerations in setting up a therapeutic plasma exchange service for neurology patients. *Adv Clin Neurosci Rehabil*. 2025 [cited 2025 Mar 25]. Available from: <https://acnr.co.uk/articles/key-considerations-in-setting-up-a-therapeutic-plasma-exchange-service-for-neurology-patients/>
24. Roman-Filip C, Catana MG, Bereanu A, Lazaroae A, Gligor F, Sava M. Therapeutic plasma exchange and double filtration plasmapheresis in severe neuroimmune disorders. *Acta Clin Croat*. 2019 Dec;58(4):621-6. doi: 10.20471/acc.2019.58.04.08.
25. Coirier V, Lesouhaitier M, Reizine F, et al. Tolerance and complications of therapeutic plasma exchange by centrifugation: A single center experience. *J Clin Apher*. 2022;37(1):54-64. doi: 10.1002/jca.21950.

การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลปทุมธานี

ชญาสุภา ปิ่นงาม*

พ.ย.บ.

วลัยนารี พรมลา**

ปร.ด. (การบริหารการพยาบาล)

(รับ: 5 ตุลาคม 2568, แก้ไข: 25 ตุลาคม 2568, ตอรับ: 15 พฤศจิกายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้ในโรงพยาบาลปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 30 คน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง การวิจัยดำเนินการเป็น 4 ระยะ ได้แก่ (1) การศึกษาสถานการณ์ (2) การออกแบบและพัฒนาแบบ (3) การทดลองใช้ และ (4) การประเมินผล เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบการดูแลแบบประคับประคอง แบบสัมภาษณ์ แบบสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม โดยรูปแบบได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ส่วนแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 และ 0.88 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติบรรยาย การทดสอบค่าที (t-test) และการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยพบว่า (1) รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกระบวนการประเมินและคัดกรองตามเกณฑ์การวินิจฉัย (PPS, ESAS, ADL) การดูแลอาการเฉพาะของโรค การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการวางแผนจำหน่ายและการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเครือข่ายชุมชน และ (2) ระดับความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) รวมทั้งผลลัพธ์ด้านการดูแลของพยาบาลหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ผลลัพธ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่ารูปแบบดังกล่าวมีประสิทธิภาพ และควรสนับสนุนการนำไปใช้ในสถานบริการอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบ การดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลปทุมธานี

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์นครินทร์

Corresponding author E-mail: walainaree@hotmail.com

Development of a Palliative Care Model for End-Stage Cancer Patients in Pathum Thani Hospital

Chayasupha Pinngam *

B.N.S.

Walainaree Pommala**

Ph.D. (Nursing Administration)

(Received: October 5, 2025, Revised: October 25, 2025, Accepted: November 15, 2025)

Abstract

This research and development study aimed to develop a palliative care model for end-stage cancer patients and to examine the outcomes of its implementation at Pathum Thani Hospital. The sample was purposively selected and consisted of 30 professional nurses and 30 family caregivers of end-stage cancer patients. The study proceeded through four phases: (1) situation analysis, (2) model design and development, (3) model implementation, and (4) evaluation. The research instruments included the developed palliative care model, interview forms, focus group discussion guides, and questionnaires. Content validity was assessed by five experts and yielded a content validity index of 1.00. The reliability coefficients of the questionnaires were 0.80 and 0.88. Data were analyzed using descriptive statistics, t-tests, and qualitative content analysis.

The findings showed that (1) the developed palliative care model consisted of assessment and screening based on diagnostic criteria (PPS, ESAS, and ADL), disease-specific symptom management, and psychological, emotional, social, and spiritual care. The model emphasized patient and family participation, discharge planning, and home-visit follow-up in collaboration with community networks. (2) The satisfaction scores of family caregivers after implementing the model were significantly higher than before implementation ($p < 0.01$). Likewise, the nursing care outcome scores after using the model were significantly higher than before implementation ($p < 0.01$). These results support the recommendation that the model should be continuously applied and promoted in healthcare practice.

Key words: Development, Palliative care for end-stage, Cancer patients

* Professional Nurse, Pathumthani Hospital

** Lecturer, Faculty of Nursing, Rajabhat Rajanagarindra University,

Corresponding author, E-mail: walainaree@hotmail.com

บทนำ

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) คือ การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย และมีระยะเวลาในการดำรงชีวิตจำกัด โดยเน้นการดูแลครอบคลุมแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้บรรเทาอาการทุกข์ทรมานด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น อาการปวด เป็นต้น¹ ซึ่ง Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) ได้แบ่งกลุ่มประเทศตามการดูแลแบบประคับประคอง โดยที่ประเทศไทยอยู่ในกลุ่ม 4a คือ มีการดูแลแบบประคับประคอง เริ่มเข้าสู่การรักษากระแสหลัก คือ การดูแลแบบประคับประคองความหลากหลายของทั้งผู้ให้บริการและชนิดของการให้บริการ มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไป มีการเข้าถึงยาก กลุ่มมอริฟินและยาลดปวดชนิดแรงอื่นๆ² กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการพัฒนาระบบบริการด้านการดูแลประคับประคอง โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนในแผ่นดินไทยได้รับการดูแลในระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ เสริมสร้างคุณภาพชีวิตและการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์³ นอกจากนี้การศึกษาของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (Thailand Development Research Institute, TDRI) ในปี พ.ศ. 2563⁴ ได้ศึกษาถึงการตระหนักรู้สาธารณะ (public awareness) และทัศนคติของคนไทยอายุ 20-80 ปี จำนวน 2,394 คน ต่อการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า มีเพียงร้อยละ 43 ที่ตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลในระยะท้ายของชีวิต และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุหรือมีโรคเรื้อรังอยู่แล้ว มีเพียง ร้อยละ 24 ที่รู้จักการดูแลแบบประคับประคอง และพบว่า กว่าร้อยละ 92 ที่รู้จักพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ที่ว่าด้วยสิทธิในการปฏิเสธการรักษาที่เป็นไปเพื่อการ

ยื้อชีวิต แต่มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่เคยทำพินัยกรรมชีวิตหรือวางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้าไว้แล้ว ทำให้เห็นว่ายังมีช่องว่างในการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับประชาชนในภาพรวม

โรงพยาบาลปทุมธานีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2557 โดยใน ปี พ.ศ. 2564-2566 มีผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคมะเร็ง 1,170 ราย 1,912 ราย และ 2,058 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.19, 20.18 และ 19.38 ตามลำดับ มีการเข้าถึงบริการที่ล่าช้า แม้ว่าโรงพยาบาลจะเปิดให้บริการคลินิกผู้ป่วยนอกสัปดาห์ละ 2 วัน ผู้ป่วยไม่มีการดูแลแบบรายกรณีและมีการเชื่อมต่อบริการสู่การดูแลในชุมชน (community base) แล้วด้วยก็ตาม ซึ่งการเข้าถึงที่ล่าช้านี้อาจเกิดจากหลายปัจจัย โรงพยาบาลมีพยาบาลที่ได้รับการอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคอง 2 คน ซึ่งมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับสัดส่วนกับผู้ป่วย ทั้งที่ในจังหวัดปทุมธานีมีแนวโน้มความต้องการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาโรงพยาบาลมีเกณฑ์การวินิจฉัยและคัดกรองผู้ป่วยแบบประคับประคองตามนโยบาย และมีการดูแลตามปัญหาและอาการที่เกิดขึ้น แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ชัดเจนครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นมิติการดูแลที่ทำนาย พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติในทุกระดับของการให้บริการ จึงต้องมีความรู้ ความสามารถหลายด้าน มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมตามบทบาทหน้าที่ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการดูแล

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้านผู้ป่วย พบว่า การรับรู้ต่อความตาย ประสบการณ์ชีวิต การปรับตัว แหล่งสนับสนุนทางจิตใจ สังคมวัฒนธรรม และความเชื่อเฉพาะบุคคล ด้านพยาบาล เช่น อายุ และประสบการณ์ของพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระบบบริการและการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ⁵ อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ภาวะการเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อม ทีมสุขภาพต้องตระหนักถึงข้อจำกัดและความจำเป็นในการปรับกระบวนการให้บริการ เพื่อให้ผู้ป่วยเผชิญกับความตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ดังนั้น พยาบาลจึงต้องตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อสามารถให้การดูแลที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้ายของชีวิต และจากการศึกษา⁶ เกี่ยวกับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย พบว่า (1) การเพิ่มการเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองให้มากขึ้น (2) การเพิ่มการรับรู้ของแพทย์สาขาต่างๆ ถึงบทบาทของการดูแลแบบประคับประคอง (3) การจัดระบบโครงสร้างให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นหน่วยงานเทียบเท่าการดูแลเฉพาะทางสาขาอื่นๆ (4) กำหนดบทบาทให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถจัดบริการได้อย่างเต็มเวลาและมีเส้นทางอาชีพที่ชัดเจน เป็นต้น และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของประเทศไทย พบว่า มีเพียงร้อยละ 60 ของสถานพยาบาลภาครัฐ และยังต้องการการศึกษาวิจัยเชิงระบบและรูปแบบการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองให้เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่และบริบทสังคมไทย⁷ และแม้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลจากหลายแห่งในหลายโรงพยาบาลของไทย และ

ส่วนใหญ่ใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม และการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งบางโรงพยาบาลมีแพทย์ประจำหน่วยระดับประคับประคองร่วมกับการจัดการรายกรณี (Case manager) ซึ่งรูปแบบดังกล่าวไม่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลปทุมธานี เนื่องจากไม่มีหอผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะ แต่ผู้ป่วยจะกระจายอยู่ในทุกหอผู้ป่วย และมีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรม 2 ท่านทำหน้าที่ร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ไม่สามารถดูแลได้ทั่วถึง อีกทั้งบุคลากรในโรงพยาบาลก็มีบริบทสังคมวัฒนธรรมและความเชื่อที่แตกต่างกัน

จากความสำคัญดังกล่าวนำมาสู่ การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลปทุมธานี โดยเริ่มจากการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์จากบริบทองค์กร และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง บูรณาการแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เน้นการมีส่วนร่วมโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง⁸ ร่วมกับแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D)⁹ นำมาสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ประกอบด้วย การประเมินและคัดกรองตามเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้าย (PPS, ESAS, ADL) ร่วมกับการดูแลและจัดการกับอาการและปัญหาเฉพาะโรคที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย การดูแลจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล รวมถึงการวางแผนจำหน่าย และติดตามเยี่ยมบ้านกับเครือข่ายชุมชน เป็นต้น

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งมี

วารสารกองการพยาบาล

เป้าหมายในการให้บริการพยาบาลแบบ
ระดับประคอง เพื่อจัดการกับความทุกข์ทรมานได้
อย่างมีประสิทธิภาพ การตายดี เพิ่มการเข้าถึงบริการ
ให้ครอบคลุม เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มการ
รับรู้ของเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป เพิ่มการ
วางแผนการดูแลล่วงหน้าตามมาตรา 12 ผู้วิจัยเห็น
ความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบ
ระดับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อเพิ่ม
ศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลและ คุณภาพการ
ดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบระดับประคองให้มีคุณภาพ
ต่อไป

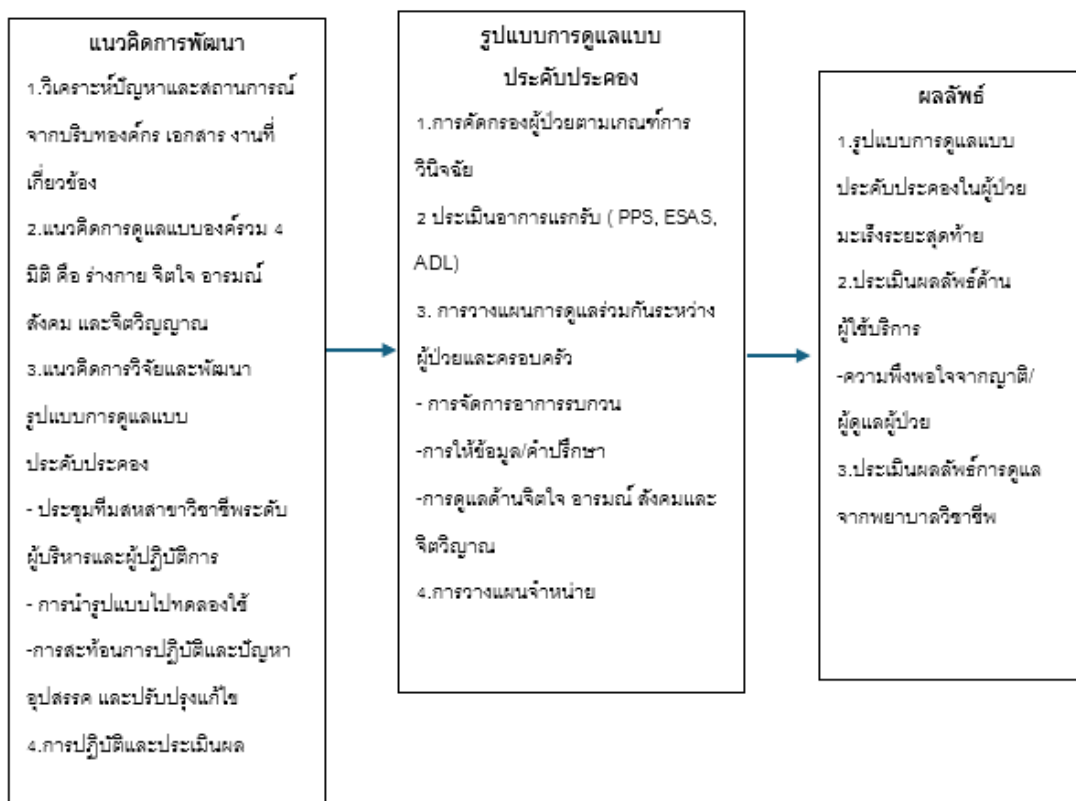
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบ

ระดับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
ในโรงพยาบาลปทุมธานี

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการ
ดูแลแบบระดับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
- ### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการบูรณาการกรอบแนวคิดการ
ดูแลผู้ป่วยแบบระดับประคองขององค์การอนามัย
โลก ที่เน้นการดูแลให้ครอบคลุมองค์รวมทั้งด้าน
ร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ เน้น
การมีส่วนร่วมของทีมโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็น
ศูนย์กลาง^๑ ร่วมกับแนวคิดการวิจัยและพัฒนา
(Research and Development :R&D)^๑ ประกอบด้วย
4 ขั้นตอน ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง มี 3 กลุ่ม ได้แก่

1. ทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการพัฒนารูปแบบ การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 10 คน ตามเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านการดูแลผู้ป่วยประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้านการรักษา และการพยาบาล และมีประสบการณ์ การดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างน้อย 3 ปี และเกณฑ์คัดออก คือ ย้ายที่ทำงาน หรือเปลี่ยนหน่วยงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2. พยาบาลวิชาชีพ เป็นกลุ่มตัวอย่างประเมิน ผลลัพธ์ในการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คัดเลือกแบบ เฉพาะเจาะจง 30 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยการ วิเคราะห์ความถดถอยสหสัมพันธ์เชิงซ้อนของ Cohen¹⁰ โดยกำหนด (1) ค่าขนาดอิทธิพลในระดับ ปานกลาง (large effect size) เท่ากับ 0.80 (2) ระดับ นัยสำคัญที่ 0.05 และ (3) ค่ากำลังทดสอบ (power analysis) เท่ากับ 0.80 ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G power ได้จำนวนตัวอย่าง กลุ่มละ 27 คน ผู้วิจัยเพิ่ม กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 15¹¹ ทำให้ได้ขนาดของกลุ่ม ตัวอย่างเป็น 30 คน เกณฑ์คัดเข้า คือ ปฏิบัติงานด้าน การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้าย เป็นเวลา 3 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย อายุรกรรม ศัลยกรรม สามีญ และหอผู้ป่วยพิเศษ และ เกณฑ์การคัดออก ในขณะที่ดำเนินการวิจัย มีการ โอนย้ายไปทำงานที่อื่น หรือ ไม่สามารถเข้าอยู่ในการ วิจัยได้ตลอด

ปีที่ 52 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2568

3. ญาติหรือผู้ดูแลหลัก คัดเลือกแบบ เฉพาะเจาะจง 30 คน เกณฑ์ในการคัดเข้า คือ 1) เป็น ญาติหรือผู้ดูแลหลัก ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี และ 3) ยินยอมและสนใจให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) ขอยกเลิกการร่วมการวิจัย และ 2) เกิดภาวะที่ทำให้ไม่สามารถอ่าน เขียนหรือได้ ยินได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

รูปแบบการดูแล ประกอบด้วย 1) การคัดกรองผู้ป่วย ตามเกณฑ์การวินิจฉัย 2) การประเมินอาการแรกเริ่ม (PPS, ESAS, ADL) 3) การวางแผนการดูแลร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว 4) การวางแผนจำหน่าย เครื่องมือการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสัมภาษณ์แนวทางการดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความ สอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ 1

2) เครื่องมือประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการ ดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติ หรือผู้ดูแลหลักผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังการใช้ รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยใช้ แบบสอบถามของ Kallaya and Kittikorn⁵ จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ และค่าคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการแบ่งระดับแบบอิง เกณฑ์ คือระดับต่ำ (1-2.33) ปานกลาง (2.34-3.67) และสูง (3.68-5) ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ในญาติผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่ม

วารสารกองการพยาบาล

ตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค เท่ากับ 0.80

2.2 แบบสอบถามประเมินผลลัพธ์การใช้

รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ Nittaya และคณะ¹² จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ และค่าคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ คือระดับต่ำ (1-2.33) ปานกลาง (2.34-3.67) และสูง (3.68-5) ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ในพยาบาลวิชาชีพ ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค เท่ากับ 0.88

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลปทุมธานี วันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2567 โครงการวิจัยเลขที่ EC-PTH A064-67 พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการอธิบาย/ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับและผลกระทบจากการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ และการถอนตัวออกจากการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลจะเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดำเนินการ 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวางแผนพัฒนาแบบการพยาบาล ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม – 30 ธันวาคม 2567 โดยศึกษาจากบริบทปีที่ 52 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2568

เอกสาร รายงานที่เกี่ยวข้อง การสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพระดับผู้บริหารและปฏิบัติ ผลที่ได้ คือ การคัดแยกผู้ป่วยใหม่กับเก่า และปัญหาของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัวที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่วัยแรก

2. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 30 เมษายน 2568 โดยการสนทนากลุ่ม 3 ครั้ง ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เพื่อนำข้อมูลสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลปทุมธานี มาวิเคราะห์ และสังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเพื่อนำมาทดลองใช้

3. ทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบ ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม – 1 สิงหาคม 2568 เริ่มจากการประเมินผลลัพธ์การดูแล และประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนใช้รูปแบบ และทดลองใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง โดยอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ให้มีความรู้ และทักษะในใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลปทุมธานี ที่พัฒนาขึ้น โดยมีผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษา และแลกเปลี่ยนเรียนรู้บันทึก และมีการปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลให้เหมาะสม

4. ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 5 – 20 สิงหาคม 2568 โดย

ประเมินหลังการนำรูปแบบไปใช้ และประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลใน 4 ระยะ โดยระยะที่ 1 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการวิจัยวัตถุประสงค์ และการดำเนินการวิจัย พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างเห็นดีเบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ดำเนินการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ประเด็นปัญหา เอกสารที่เกี่ยวข้อง และสรุปข้อมูลนำมาสู่ระยะที่ 2 ดำเนินการร่างรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง และเมื่อผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขและนำไปสู่ระยะที่ 3 ทดลองใช้และปรับปรุง และระยะที่ 4 คือการประเมินผลโดยใช้แบบสอบถาม และผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจากพยาบาลผู้ดูแล และความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล ด้วยค่าที (Pair t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล ($n = 30$)

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบการดูแล			หลังใช้รูปแบบการดูแล		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
ความพึงพอใจ	3.97	.74	มาก	4.61	.55	มาก

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลปทุมธานี ประกอบด้วย 1) การคัดกรองตามเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย และส่งปรึกษาแพทย์แผนกผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) ประเมินอาการแรกรับตาม PPS, ESAS, ADL ตามแบบฟอร์มเหมือนผู้ป่วยเก่า 3) การวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างพยาบาลวิชาชีพ ผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว ในการจัดการอาการเฉพาะโรค ให้ข้อมูล คำปรึกษา และวางแผนจำหน่าย โดยครอบคลุมในมิติดูแลจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และมีการประเมินซ้ำเป็นระยะ จนนำไปสู่การวางแผนจำหน่าย และ 4) การวางแผนจำหน่ายเยี่ยมบ้านหลังการจำหน่าย หรือส่งต่อ หรือเสียชีวิต

2. การประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

2.1 ผลของความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล ก่อนมีรูปแบบ อยู่ในระดับสูง ($Mean = 3.97$, $SD = .74$) และหลังมีรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับสูง ($Mean = 4.61$, $Sd = .55$) และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยค่าสถิติ Dependent t-test พบว่า ความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -5.67$, $p = .00$) ดังตารางที่ 1 และ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ (n = 30)

คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ	$\bar{x}$	SD	t	df	P
ก่อนใช้รูปแบบการดูแล	3.97	.74	-5.67	29	.00*
หลังใช้รูปแบบการดูแล	4.61	.55			

* $p < .01$

2.2 ผลลัพธ์การดูแลของพยาบาลวิชาชีพก่อนใช้รูปแบบอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.09, SD = .59) และหลังใช้รูปแบบการดูแลอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.85, SD = .24) เปรียบเทียบความแตกต่างด้วย

ค่าสถิติ Dependent t-test พบว่า หลังใช้รูปแบบทำให้ผลลัพธ์การดูแลสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -7.89$, $p = .00$) ดังตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของผลลัพธ์การดูแลของพยาบาลผู้ดูแล (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบการดูแล			หลังใช้รูปแบบการดูแล		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
ผลลัพธ์การดูแล	4.09	.59	มาก	4.85	.24	มาก

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลของพยาบาลผู้ดูแล (n = 30)

คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแล	$\bar{x}$	SD	t	df	P
ก่อนใช้รูปแบบการดูแล	4.09	.74	-7.89	29	.00*
หลังใช้รูปแบบการดูแล	4.85	.55			

* $p < .01$

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยผู้เกี่ยวข้องที่มีส่วนในการให้การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการจะมีการคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

โดยแยกผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่า โดยรายใหม่ให้มีการคัดกรองตามเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้ายและส่งปรึกษาแพทย์แผนกผู้ป่วยระยะสุดท้าย หากใช่ก็มีการประเมินอาการแรกรับตาม PPS, ESAS, ADL ตามแบบฟอร์มเหมือนผู้ป่วยเก่า มีการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างพยาบาลผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว ในการจัดการอาการเฉพาะโรค ร่วมกับให้

ข้อมูล/คำปรึกษา/และครอบคลุมองค์รวมในมิติดูแลจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{5,12} และมีการประเมินซ้ำเป็นระยะ จนนำไปสู่การวางแผนจำหน่าย การเยี่ยมบ้านร่วมกับเครือข่ายในชุมชน และส่วนกรณีต้องการเสียชีวิตในโรงพยาบาลก็จะมีขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ

และหลังจากได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนำไปทดลองใช้และประเมินผลลัพธ์ 2 ส่วน ผลการวิจัยที่พบว่า 1) ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจก่อนและหลังมีรูปแบบอยู่ในระดับสูง ($Mean_{ก่อน} = 3.97, SD = .74; Mean_{หลัง} = 4.61, SD = .55$) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -5.67, p = .00$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมองค์รวมทั้งด้านการจัดการกับอาการเฉพาะโรค จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ และมุ่งเน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจที่สูงขึ้นเกี่ยวกับการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nittaya และคณะ¹² พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความพึงพอใจในระบบบริการพยาบาลมากที่สุด หลังจากมีการนำระบบการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยระยะท้ายต้อง โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมส่งผลต่อผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง¹³ และ 2) คะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์ผลลัพธ์การดูแลของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังมีรูปแบบอยู่ในระดับสูง ($Mean_{ก่อน} = 4.09, SD = .59; Mean_{หลัง} = 4.85, SD = .24$) และมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติปีที่ 52 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2568

ที่ระดับ .01 ($t = -7.89, p = .00$) แสดงให้เห็นถึงการนำรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ช่วยเพิ่มผลลัพธ์การดูแล และคุณภาพมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ทีมบริการและผู้รับบริการมีความพึงพอใจ นอกจากนี้การพัฒนารูปแบบการดูแลที่มุ่งเน้นองค์รวมทั้งตั้งแต่การรับจนถึงจำหน่ายและส่งต่อการดูแลต่อเนื่องทำให้ส่งผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Nilmanat และ Sae-chit¹⁴ ที่ศึกษาผลของโปรแกรม การพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า การพยาบาลจัดการรายกรณีนำผลการจากแบบประเมินอาการ เพื่อการการคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลระยะท้ายแบบประคับประคองถูกต้องตรงตามกระบวนการดูแลส่งผลต่อผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองซึ่งครอบคลุมปัญหาและความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

ข้อเสนอแนะ

ด้านนโยบาย

กำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และครอบครัวอย่างชัดเจน รวมถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย

ด้านบริหารการพยาบาล

1. หน่วยงานควรส่งเสริมสนับสนุนในการนำรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ไปใช้อย่างจริงจังต่อเนื่องและติดตามผลทั้งระยะสั้นและระยะ ที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการ และผลลัพธ์จากคุณค่าการให้บริการสุขภาพของทีมนสหสาขาวิชาชีพที่มุ่งให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ

วารสารกองการพยาบาล

2. ผู้บริหารสามารถนำแนวปฏิบัติฯ กำหนดเป็นมาตรฐานในการพัฒนาคุณภาพการดูแลและติดตามคุณภาพทางคลินิกและผลความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติฯ ได้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

สามารถนำแนวปฏิบัติไปปฏิบัติจริงได้มีความเหมาะสมในการปฏิบัติงาน มีความถูกต้องครอบคลุมแนวทางการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพและเป็นประโยชน์ต่อผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ผู้มีส่วน

เกี่ยวข้องทุกฝ่ายควรผลักดันให้พัฒนาและประกาศให้เป็นแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล

ด้านการทำวิจัย

ติดตามรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาและปรับปรุงให้เกิดผลการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ รวมถึงนำไปพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย/ครอบครัว เพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว

References

1. World Health Organization. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. 2014;28(2):130-4.
2. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. Journal of Pain and Symptom Management. 2013;45:1094-6.
3. Ministry of Public Health. KPI report 2018-2020. [Internet]. [Cited 2024 Mar 14]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>. Thai.
4. Kunakornvong W, Ngaosri K. Public awareness and attitude toward palliative care in Thailand. SMJ. 2020;72:424-30.
5. Kallaya Sae-chit, Kittikorn Nilmana. Effects of Nurse Case Management Program on Perceived Quality of Palliative Care and Satisfaction of their Caregivers. PNUJR. 2018; 10(3): 116-128. Thai.
6. Thagoon Kanjanopas. Development of Palliative Care in Thailand. THPJ. 2023; 1(1): 76-89. Thai.
7. Srivieng Phairojkul. Promoting well-being in the final stage of life for Thai people. In: Dusit Sathaworn, editor. Who Care WE DO. Bangkok: Beyond Enterprise Co., Ltd.; 2014. 1-9. Thai.
8. World Health Organization. WHO definition of palliative care. In : National cancer control programs: Policies and managerial guidelines. (2nded). WHO. Geneva; 2002.
9. BorgWR, GallMD. Educational Research : An Introduction (4thEd.). NewYork, Ny: Longman, Inc;1983.
10. Cohen, J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nded.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.

11. Burns N, Grove, SK. The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization (5th ed.) Philadelphia: W.B. Saunders; 2005.
12. Nittaya Maneetapo, Phannee Choosri, Somporn Jedsadayanmetha, Panya Tuandeang, Vipaporn Sittisar. Development of a Palliative Nursing Care System. JNH.2022;40(4):1-12. Thai.
13. Ozcelik H, Fadiloglu C, Karabulut B, Uyar M. Examining the effect of the case management model on patient results in the palliative care of patients with cancer. Am J Hosp Palliat Med.2014;31(6): 655-64.
14. Kittikorn Nilmanat, Kallaya Sae-chid. Effects of a Case-based management nursing program for terminally ill patients on their perception of symptom induced suffering and terminal care quality. JTNMC. 2018; 33(3): 51-66. Thai.

ผลของโปรแกรมให้ความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรค หลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง

วาริ วณิชปัญญพล* ป.ร.ด. (พัฒนาศาสตร์พยาบาล)

กัลยา เตชะเสถียร** ก.ศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา)

ผาสุก มั่นคง* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

(รับ: 15 กันยายน 2568, แก้ไข: 21 ตุลาคม 2568, ตอรับ: 27 พฤศจิกายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลโปรแกรมให้ความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัย คือ โปรแกรมให้ความรู้ฯ มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา .77 เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย และ (3) แบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามชุดที่ 2 และ 3 มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา .89 และ .85 ตามลำดับ และมีค่าความเชื่อมั่น .82 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้ฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t 1.87, $p < .05$ และ t 3.16, $p < .05$ ตามลำดับ) ก่อนได้รับโปรแกรมให้ความรู้ฯ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t 1.15, $p .26$ และ t 1.52, $p .13$ ตามลำดับ) หลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้ฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t 4.25, $p < .001$ และ t 4.93, $p < .001$ ตามลำดับ) สรุปโปรแกรมให้ความรู้สามารถส่งเสริมการรับรู้และเพิ่มทักษะการจัดการอาการฉุกเฉินจากโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โปรแกรมให้ความรู้ การรับรู้การเจ็บป่วย การจัดการอาการภาวะฉุกเฉิน โรคหลอดเลือดสมอง

* อาจารย์ประจำ มหาวิทยาลัยชินวัตร

** อาจารย์ประจำ มหาวิทยาลัยชินวัตร Corresponding author e-mail: kullaya.t@siu.ac.th

Effect of an educational program on illness perception and emergency management of stroke symptoms among individuals with stroke risk factors

Waree Wanichpunchaphlon* Ph.D. (Human Resource Development)

Kullaya Techasathian** M.Ed. (Educational Psychology)

Phasuk Mankhong* M.N.S. (Adult Nursing)

(Received: September 15, 2025, Revised: October 21, 2025, Accepted: November 27, 2025)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effectiveness of an educational program on illness perception and stroke emergency symptoms management among individuals at risk. A purposive sample of 60 patients was recruited and divided into a control group and an experimental group, consisted of 30 participants per group. The research instrument was an educational program, yielding a content validity index of .77. Data collection tools included (1) a personal data record form; (2) an illness perception questionnaire; and (3) a stroke emergency symptoms management questionnaire. Questionnaires 2 and 3 had content validity indexes of .89 and .85, respectively and reliability values of .82 and .90, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired t-test, and independent t-test.

The results revealed that stroke illness perception mean scores and stroke emergency symptoms management mean score of the experimental group after receiving the educational program were significantly higher than before receiving the program (t-test 1.87, $p < .05$ and t-test 3.16, $p < .05$, respectively). Before receiving the educational program, stroke illness perception and stroke emergency symptoms management mean scores of the control and experimental groups were not significantly different (t 1.15, $p .26$ and t 1.52, $p .13$, respectively). After receiving the educational program, the experimental group had significantly higher mean scores on stroke illness perception and stroke emergency symptoms management than the control group (t 4.25, $p < .001$ and t 4.93, $p < .001$, respectively). In conclusion, this educational program could effectively promote awareness and improve skills on managing stroke emergencies among at-risk individuals.

Keywords. Educational Program, Illness perception, Emergency management, Stroke symptoms

* Lecturer at Shinawatra University

** Lecturer at Shinawatra University Corresponding author e-mail: kullaya.t@siu.ac.th

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ถือเป็นภาวะผิดปกติของระบบประสาทที่ส่งผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพของประชาชนทั่วโลก ทั้งในด้านการทำให้เกิดความพิการระยะยาวและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต อัตราการเกิดโรคมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นประเด็นสำคัญในระบบสาธารณสุขของหลายประเทศ¹ รายงานจากองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization: WSO) ระบุว่าโรคนี้เป็นสาเหตุอันดับที่ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับที่ 3 ของความพิการทั่วโลก โดยมีผู้ป่วยสะสมมากกว่า 80 ประเทศทั่วโลกมีความเสี่ยงที่ในการเกิดโรคนี้ประมาณ 1 ใน 4 คน อีกทั้งยังมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง¹

สำหรับบริบทของประเทศไทย ข้อมูลจากกรมควบคุมโรครายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของคนไทย โดยเฉลี่ยมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 30,000 รายต่อปี และพบผู้ป่วยรายใหม่มากกว่า 250,000 รายต่อปี โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 60 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตาม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยทำงานเช่นกัน ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการสร้างความตระหนักรู้ต่อโรคนี้ในทุกช่วงวัย² ข้อมูลข้างต้นสอดคล้องกับสถานการณ์ในจังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งข้อมูลจากโรงพยาบาลสิงห์บุรีระบุว่า โรคหลอดเลือดสมองอยู่ในกลุ่มห้าอันดับแรกของโรคที่มีผู้เข้ารับบริการทางการแพทย์มากที่สุดในช่วงปี พ.ศ. 2559–2561 โดยมีผู้ป่วย 469 ราย 534 ราย และ 511 ราย ตามลำดับ อีกทั้งยังพบว่า มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นในการได้รับการรักษาภายใน ช่วงเวลาทองในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) 4.5 ชั่วโมง โดยในช่วงปี พ.ศ. 2562–2565 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทันเวลามีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจาก 38.10% ถึง 72.7% ของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์^{3,4}

อาการของโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน เช่น อ่อนแรงครึ่งซีก พูดลำบาก เดินเซ หรือมีการมองเห็นผิดปกติ โดยเฉพาะในกรณีของโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) การให้ rtPA ภายในเวลา 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการสามารถช่วยลดความรุนแรงของความพิการ และเพิ่มโอกาสการฟื้นตัวของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{5,6} ในงานวิจัย พบว่า หลังเกิดอาการผู้ป่วยไม่รู้ว่าอาการดังกล่าวเป็นสัญญาณของโรคหลอดเลือดสมอง จึงรอดูอาการหรือขอคำปรึกษาจากผู้อื่นก่อนตัดสินใจเข้ารับการรักษา ทำให้เกินช่วงเวลาทอง 4.5 ชั่วโมง จึงไม่ได้รับการรักษาด้วยยา rtPA ได้ทันเวลา⁶

การรับรู้ถึงอาการเริ่มต้นของโรค จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อช่วงเวลาทองในการเข้ารับการรักษา และความสามารถในการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{5,6} การให้ความรู้และส่งเสริมความเข้าใจแก่ประชาชนจึงเป็นแนวทางที่ช่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองและลดความสูญเสียที่เกิดขึ้น^{7,8} แม้จะมีการศึกษาหลายฉบับที่ให้ความรู้กับผู้ป่วย แต่การวิจัยที่มุ่งเน้นไปที่กลุ่มประชาชนที่มีภาวะเสี่ยง เช่น ผู้ที่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือมีประวัติครอบครัวเกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง ยังมีจำนวนจำกัด^{6,9} จากแนวคิด การรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common sense model of illness representation)¹² การรับรู้เกี่ยวกับโรค ประกอบด้วย องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การรับรู้ด้านอาการ (identity) สาเหตุของโรค (cause) ผลกระทบ (consequence) ระยะเวลา (timeline) การควบคุมหรือรักษาได้ (control/cure) และความเข้าใจต่อโรค (illness coherence) ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่ออาการป่วย ดังนั้น

โปรแกรมให้ความรู้ที่ออกแบบมาเพื่อเพิ่มการรับรู้และความเข้าใจในองค์ประกอบเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสามารถ ระบุนาการเริ่มต้นของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง เข้าใจถึง ความเร่งด่วนของการรักษา และเชื่อมั่นใน ความสามารถของตนเองในการจัดการภาวะฉุกเฉิน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรม การจัดการอาการฉุกเฉิน ได้ทันพ่วงที่

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรม ให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดนี้ เพื่อส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคในมิติต่างๆ และประเมินผลของ โปรแกรมต่อพฤติกรรมการจัดการอาการฉุกเฉินของ โรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยง เพื่อให้สามารถประเมินอาการเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง ตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ลดโอกาสการ เกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มโอกาสในการฟื้นตัวอย่าง เหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การ เจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการ ภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การ เจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการ ภาวะฉุกเฉิน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับ กลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการ จัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองของ กลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้
2. คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการ จัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองหลัง

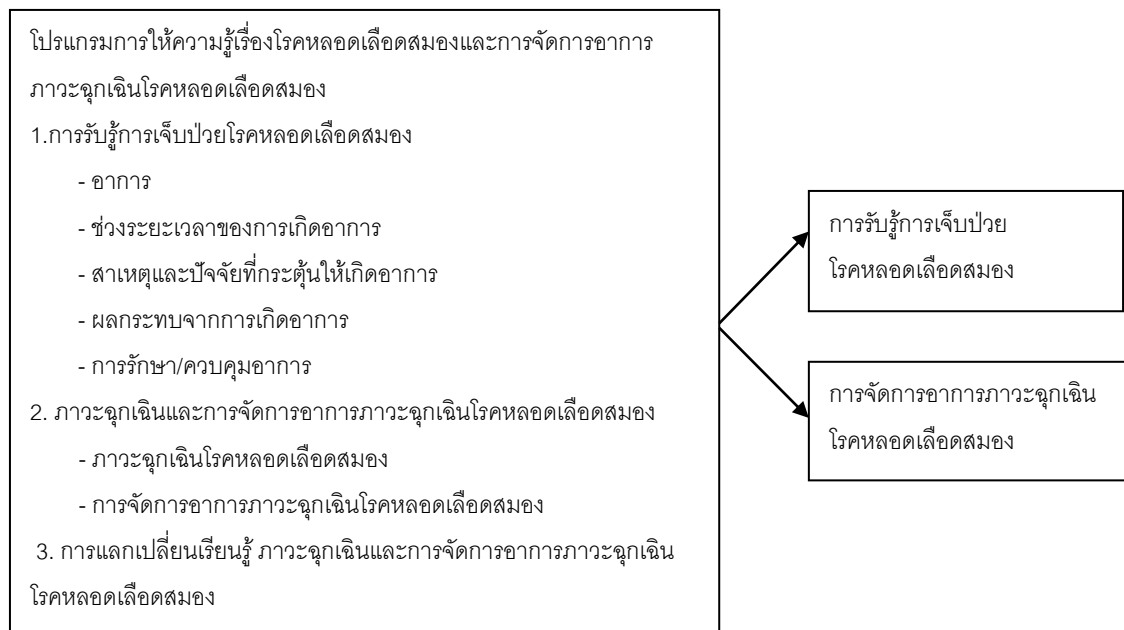
ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ของกลุ่มทดลอง สูงกว่า กลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการรับรู้ความ เจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common sense model of illness representation)¹² โดยแนวคิดนี้อธิบายว่า เมื่อเกิดภาวะคุกคามต่อสุขภาพ หรือเกิดการเจ็บป่วย บุคคลจะมีรูปแบบการจัดการตนเองหรือมีการ ปรับเปลี่ยนกระบวนการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้การเจ็บป่วยของบุคคลนั้นโดยบุคคล จะมีการคิดรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย จากประสบการณ์ เดิมก่อนการเจ็บป่วย ข้อมูลที่ได้รับจากคนรอบข้าง บุคลากรทางสุขภาพ จากสื่อต่างๆ หรือจากสังคมและ สิ่งแวดล้อม โดยรวบรวมข้อมูลที่ได้มาคิดวิเคราะห์ และตีความให้ความหมายการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เป็น การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งการรับรู้การ เจ็บป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลง ไม่คงที่ ขึ้นอยู่กับปัจจัย ต่างๆ ที่ส่งผลให้การรับรู้การเจ็บป่วยแตกต่างกันไปจาก เดิม และส่งผลต่อการจัดการการเจ็บป่วยหรือการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคคลนั้น แนวคิดนี้มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ การเจ็บป่วย 2) การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย 3) การ เผชิญปัญหาหรือการจัดการปัญหา และ 4) การ ประเมินผลลัพธ์ ประเมินประสิทธิภาพการเผชิญ ปัญหา เพื่อนำไปใช้ปรับปรุงและทำให้การปรับเปลี่ยน วิธีการแก้ปัญหาให้เหมาะสมยิ่งขึ้น สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำองค์ประกอบที่ 2 ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย มาศึกษา ซึ่งองค์ประกอบพื้นฐานของการรับรู้การ เจ็บป่วยนั้น Leventhal (1996)¹² เสนอว่ามีองค์ประกอบ สำคัญ 5 องค์ประกอบ คือ 1) คุณลักษณะเฉพาะหรือ อาการแสดงของการเจ็บป่วยเป็นการรับรู้ลักษณะ เฉพาะที่บ่งบอกถึงการเจ็บป่วย ทั้งนี้อาจเป็นอาการ ต่างๆ ที่ผู้ป่วยเคยประสบการณ์โดยตรงด้วยตนเอง

2) สาเหตุของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยว่าอะไรเป็นสาเหตุการเจ็บป่วย ซึ่งการรับรู้สาเหตุการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน อาจจะทำให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อโรคแตกต่างกัน 3) ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับระยะเวลาการเจ็บป่วยว่าเป็นเฉียบพลันเรื้อรัง เป็นโรคไม่หายขาด หรือมีอาการทรมาน ทรมาน 4) การควบคุมหรือรักษาการเจ็บป่วย เป็นการรับรู้การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าจะรักษาหรือควบคุมได้อย่างไร และ 5) ผลที่เกิดภายหลังการเจ็บป่วยเป็นการรับรู้ต่อผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อเจ็บป่วยโดยอาจเป็นผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจสังคม และองค์ประกอบที่ 3 การเผชิญปัญหาหรือการจัดการปัญหาของบุคคล โดยบุคคลมีการจัดการต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับบุคคลจะมีการรับรู้การ

เจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ดังนั้นผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ต้องมีรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จึงสามารถประเมินอาการและการจัดการอย่างเหมาะสม การให้ความรู้แก่ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะไปเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการช่วยจัดการอาการเมื่อต้องเผชิญภาวะโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น มารับการรักษาอย่างทันถ่วงที ไม่เกิดความล่าช้า ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด การรับรู้การเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common sense model of illness representation)¹² มาใช้ในการศึกษา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยโรคหรืออาการดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 อาการ เป็นโรคเบาหวาน (ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร ≥ 100 มก./ดล. หรือต่ำกว่านั้นหากได้รับยาลดน้ำตาล) สูบบุหรี่ มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (Cholesterol > 240 มก./ดล. หรือ HDL-C ต่ำกว่าเกณฑ์) มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน (BMI > 30 หรือ เส้นรอบเอว > 90 ซม. ในเพศชาย และ > 80 ซม. ในเพศหญิง) มีความดันโลหิตสูง ($\geq 130/85$ มม.ปรอท หรือได้รับยาควบคุมความดัน) มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหัวใจ (AHA/ASA, 2024) ซึ่งเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิงห์บุรี ในระหว่าง เดือนมิถุนายนถึงกันยายน พ.ศ. 2567 จำนวนประชากรทั้งหมด

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิงห์บุรี คัดเลือกด้วยวิธีการเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ ผู้ป่วยต้องมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 ปัจจัยขึ้นไป ต่อไปนี้ (AHA/ASA, 2024) เป็นโรคเบาหวาน (ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร ≥ 100 มก./ดล. หรือ ต่ำกว่านั้นหากได้รับยาลดน้ำตาล) สูบบุหรี่ มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (Cholesterol > 240 มก./ดล. หรือ HDL-C ต่ำกว่าเกณฑ์) มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน (BMI > 30 หรือเส้นรอบเอว > 90 ซม. ในเพศชาย และ > 80 ซม. ในเพศหญิง) มีความดันโลหิตสูง ($\geq 130/85$ มม.ปรอท หรือได้รับยาควบคุมความดัน) มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหัวใจ และเกณฑ์การคัดออก

ได้แก่ มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่รบกวนการทำแบบสอบถามหรือการเข้าร่วมโปรแกรม มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันรุนแรงที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย เข้าร่วมการทดลองทางคลินิกอื่นที่อาจมีผลต่อผลการศึกษาในช่วงเวลาเดียวกัน ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด หรือไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมในโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง อิงตามงานวิจัยที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะฉุกเฉินจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยได้ค่า Effect Size เท่ากับ 0.80^{10} และอ้างอิงจากตารางการคำนวณอำนาจทางสถิติ (Power Analysis) ระดับนัยสำคัญ (Alpha) = 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) = 0.80 ผลลัพธ์แสดงว่า ควรใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 40 คน (20 คนต่อกลุ่ม) อย่างไรก็ตาม เพื่อเพิ่มความแม่นยำทางสถิติและป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้รับบริการที่เข้าเกณฑ์ ภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสิงห์บุรี ในช่วงเดือนมิถุนายน-กันยายน 2567 จนได้ครบ 60 คน เนื่องจากคลินิกโรคความดันโลหิตสูง มี 2 วันต่อสัปดาห์ ได้แก่ วันจันทร์ และวันศุกร์ เวลา เวลา 8.00-12.00 น. เพื่อหลีกเลี่ยงการปนเปื้อนของข้อมูล (contamination) ระหว่างผู้รับบริการ ผู้วิจัยได้แบ่งการเก็บข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้ กลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลในวันจันทร์ ช่วงก่อนการดำเนินโปรแกรม (รอบที่ 1) และช่วงดำเนินโปรแกรม (รอบที่ 2) ผู้ที่มารับบริการได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลอง เก็บข้อมูลใน

วันศุกร์ โดยผู้เข้าร่วมได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้ และการจัดการอาการฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง ควบคู่กับการพยาบาลตามปกติในรอบที่ 1 และเข้าร่วม กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องภาวะฉุกเฉินและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองในรอบที่ 2

เครื่องมือการวิจัย คือ โปรแกรมให้ความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง ประกอบด้วยคู่มือการให้ความรู้เพื่อการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการ อาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากหนังสือ ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดย ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด การรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก ของ Leventhal (1996) (Common Sense Model of Illness Representation)"¹² ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.77

โปรแกรมให้ความรู้ เป็นกิจกรรมให้ความรู้ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ประกอบด้วย (1) การสอนให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรค อาการ ระยะเวลาการเกิดโรค ความรุนแรง การควบคุมและการรักษาโรค อาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง การตระหนักถึงภาวะอันตราย และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม (2) เน้นการสอนทักษะการแก้ไขปัญหาต่ออาการภาวะฉุกเฉินจากโรคหลอดเลือดสมองที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่มีอาการที่บ้าน และเดินทางมาโรงพยาบาล การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการภาวะฉุกเฉินจากโรคหลอดเลือดสมอง การรีบขอความช่วยเหลือเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่าง

เร็วที่สุด (3) มุ่งเน้นการให้ผู้ป่วยรู้จัก และจดจำเบอร์รถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) ประโยชน์และวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ หากผู้ป่วยมารับการรักษาที่รวดเร็ว และอาการที่เกิดขึ้นเกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง (4) การสะท้อนกลับการสอนโดยให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนจากประสบการณ์ หรือความรู้เดิมตามความเป็นจริงและให้ความรู้ที่ถูกต้อง เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจ ให้แก่ผู้ป่วย และ (5) สรุปเนื้อหาและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามข้อสงสัย

เครื่องมือเก็บข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ประวัติการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (2) แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ (3) แบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองได้ แบบสอบถามชุดที่ 2 และ 3 ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าความตรงเท่ากับ .89 และ .85 ตามลำดับ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคเท่ากับ .82 และ .90 ตามลำดับ โดยรายละเอียดของแบบสอบถามชุดที่ 2 และ 3 มีดังนี้

แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง^{13,18} ข้อคำถามครอบคลุมด้านอาการการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วย ระยะเวลาของการดำเนินของการเจ็บป่วยการรักษาและการควบคุมการเจ็บป่วย จำนวน 41 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน 5 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง และคะแนน 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 3 ระดับ ดังนี้ 3.67-5.00 คะแนน หมายถึง มี

การรับรู้การเจ็บป่วยอยู่ในระดับดี 2.34-3.66 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้การเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้การเจ็บป่วยอยู่ในระดับไม่ดี

แบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน¹³ ครอบคลุมวิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการพยายามอดทน รอดูอาการ ด้านรักษาด้วยตนเอง ด้านการปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น และด้านการแสวงหาการรักษา การปรึกษานักวิชาการในทีมสุขภาพ ทั้งหมด 11 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบการจัดการต่ออาการฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนรวมที่ได้ อยู่ระหว่าง 0-11 คะแนน

วิธีดำเนินการทดลอง

1. กลุ่มควบคุม ดำเนินการระหว่างวันที่ 3 มิถุนายน ถึง 16 กันยายน 2567 โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างหลังจากที่ได้รับการคัดกรองอาการและตรวจวัดสัญญาณชีพแล้ว ในทุกวันจันทร์และวันศุกร์ ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก เก็บข้อมูลผู้ป่วย จำนวน 2 ครั้ง **ครั้งที่ 1** วันที่ผู้ป่วยมาตรวจรักษาต่อเนื่องตามแพทย์นัด โดยให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง (pre-test) ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที จากนั้นให้การพยาบาลตามปกติ **ครั้งที่ 2** วันที่ผู้ป่วยมาตรวจรักษาต่อเนื่องตามแพทย์นัดครั้งต่อไป โดยมีระยะเวลาห่างจากการเก็บข้อมูลครั้งแรก 16 สัปดาห์ และตอบแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือด

สมอง และแบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง (post-test) ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยให้ข้อมูลผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมตามคู่มือการให้ความรู้เพื่อการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเอง จากนั้นให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

2. กลุ่มทดลอง ดำเนินการระหว่างวันที่ 7 มิถุนายน ถึง 20 กันยายน 2567 โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างหลังจากที่ได้รับการคัดกรองอาการและตรวจวัดสัญญาณชีพแล้ว ในทุกวันจันทร์และวันศุกร์ ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก เก็บข้อมูลผู้ป่วย จำนวน 2 ครั้ง **ครั้งที่ 1** วันที่ผู้ป่วยมาตรวจรักษาต่อเนื่องตามแพทย์นัด โดยให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง (pre-test) ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที จากนั้นจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง โดยใช้ “คู่มือการให้ความรู้เพื่อการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง” ที่เน้นประเด็นสำคัญ 3 เรื่อง ได้แก่ การสอนทักษะการแก้ไขปัญหา การรู้จัก-จำเบอร์โทรศัพท์รถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) และการสะท้อนกลับการสอน **ครั้งที่ 2** วันที่ผู้ป่วยมาตรวจรักษาต่อเนื่องตามแพทย์นัดครั้งต่อไป โดยมีระยะเวลาห่างจากการเก็บข้อมูลครั้งแรก 16 สัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองทำกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องภาวะ

ฉุกเฉินและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉิน จากนั้นตอบแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง (post-test) ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการวิจัย มีสิทธิที่จะออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่ผิดต่อการรักษาพยาบาล มีการลงนามในใบยินยอมตามความสมัครใจก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล แบบเสนอโครงการวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมของโรงพยาบาลสิงห์บุรี เลขที่ EC03/12/2024 ก่อนเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วย Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย

รายงานผลการวิจัยเป็น 2 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ และ (2) การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.6 มีอายุเฉลี่ย 50.01 ปี (SD 11.26) สถานภาพสมรสคู่

ร้อยละ 48.7 อาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 38.1 รายได้เฉลี่ยประมาณ 10,001-20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 23.3 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 37 **กลุ่มทดลอง** ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.8 มีอายุเฉลี่ย 49.58 ปี (SD 11.02) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 54.6 อาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 42.3 รายได้เฉลี่ย ประมาณ 10,001-20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 53.3 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 40 **การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล** ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่อง เพศ อายุอาชีพ สถานภาพ และรายได้ ยกเว้น ระดับการศึกษา

ข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า **กลุ่มควบคุม** ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 58.73 มีประวัติคนในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง/ หัวใจ ร้อยละ 47.28 ไม่มีประวัติการได้รับยาลดไขมันเลือด ร้อยละ 84.62 มีประวัติเคย สูบบุหรี่ แต่เลิกสูบแล้ว 1 ราย **กลุ่มทดลอง** ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 64.51 มีประวัติคนในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง/ หัวใจ ร้อยละ 53.30 ไม่มีประวัติการได้รับยาลดไขมันเลือด ร้อยละ 87.73 มีประวัติเคย สูบบุหรี่ แต่เลิกสูบแล้ว 2 ราย **การเปรียบเทียบข้อมูลภาวะสุขภาพ** ระหว่าง กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องประวัติโรค ประจำตัว ประวัติโรคหัวใจของบุคคลในครอบครัว และการได้รับยาลดไขมันเลือด และประวัติการสูบบุหรี่

2. การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง

คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการ
อาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่ม
ทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้ พบว่า
ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง หลังได้รับโปรแกรมฯ (Mean 91.72, SD 7.31)
สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ (Mean 86.94, SD
13.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t 1.87, $p < .05$)
ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรค
หลอดเลือดสมอง หลังได้รับโปรแกรมฯ (Mean 9.85,
SD 1.84) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ (Mean 7.76,
SD .82) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t 3.16, $p < .05$)
รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือด
สมองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=30)

ผลลัพธ์	ก่อนได้รับโปรแกรม การให้ความรู้ (n=30)		หลังได้รับโปรแกรม การให้ความรู้ (n=30)		t(29)	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
การรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	86.94	13.31	91.72	7.31	1.87	.036
การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง	7.76	.82	9.85	1.84	3.16	.005

* $p < 0.05$

คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการ
อาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่ม
ควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
ฯ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง ก่อนได้รับโปรแกรมให้ความรู้ ของกลุ่ม
ควบคุม (Mean 79.73, SD 13.68) และกลุ่มทดลอง
(Mean 83.62, SD 12.49) ไม่มีความแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t 1.15, p .26) หลังได้รับ
โปรแกรมให้ความรู้ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการ
รับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Mean 96.41,
SD 16.18) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean 81.84, SD
9.51) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t 4.25, $p < .001$)
คะแนนเฉลี่ยการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือด
สมอง ก่อนได้รับโปรแกรมให้ความรู้ ของกลุ่ม
ควบคุม (Mean 5.44, SD 2.24) และกลุ่มทดลอง
(Mean 6.46, SD 2.92) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ (t 1.52, p .13) หลังได้รับ
โปรแกรมให้ความรู้ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการ
จัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง
(Mean 9.78, SD 1.98) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean
7.68, SD 1.23) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t 4.93, p
 $< .001$) รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือด
สมอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้ ของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ผลลัพธ์	กลุ่มควบคุม Mean (SD)	กลุ่มทดลอง Mean (SD)	t	p value
1. การรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				
ก่อนได้รับโปรแกรมให้ความรู้	79.73 (13.68)	83.62 (12.49)	1.15	.26

หลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้	81.84 (951)	96.41 (16.18)	4.25	.001*
2. การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง				
ก่อนได้รับโปรแกรมให้ความรู้	5.44 (2.24)	6.46 (2.92)	1.52	.13
หลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้	7.68 (1.23)	9.78 (1.98)	4.93	.001*

* p < .05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยในช่วงปลายวัยกลางคนถึงวัยผู้สูงอายุ โดยกลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 37 ส่วนกลุ่มทดลองจบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 40 ซึ่งความแตกต่างด้านระดับการศึกษานี้อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อลักษณะการรับรู้การเจ็บป่วยและความสามารถในการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มักมีความสามารถในการประมวลผลข้อมูลด้านสุขภาพ การตีความอาการที่ผิดปกติ และการตัดสินใจตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า ข้อมูลนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้า ซึ่งรายงานวาระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการมารับการรักษาอย่างทันท่วงที¹⁹ และการศึกษาที่พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีความสามารถในการประเมินอาการและตัดสินใจขอความช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องมากกว่า²⁰ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนมาก มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน และโรคหัวใจ ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลนี้สอดคล้องกับการผลการวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมักมีโรคร่วมหลายโรค ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดเป็นปีที่ 52 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2568

ซ้ำและมีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น อีกทั้งยังเกี่ยวข้องกับความสามารถในการรับรู้โรคและการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งถือเป็นประเด็นสำคัญต่อการป้องกันโรคในระยะยาวโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง¹⁴ ในการศึกษาครั้งนี้ โปรแกรมการให้ความรู้ได้ถูกออกแบบตามแนวคิด Common Sense Model of Illness Representation¹² ซึ่งมุ่งเน้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจโรค (illness representation) และสามารถตอบสนองต่อการรับรู้ที่เหมาะสม (coping response) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ มีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้การเจ็บป่วย และความสามารถในการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการเสริมสร้างความเข้าใจโรคและการเตรียมความพร้อมต่อสถานการณ์ฉุกเฉินได้ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของตนเองอย่างถูกต้อง จะสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น และลดความเสี่ยงในการกลับมาเป็นซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁵ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะความสามารถในการประเมินอาการและการตอบสนองในภาวะฉุกเฉิน¹⁶ โปรแกรมการให้ความรู้ในครั้งนี้ใช้วิธีการสื่อสารแบบมีปฏิสัมพันธ์ โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้นำเสนอข้อมูลและประเมินความเข้าใจของผู้เข้าร่วมแต่ละราย ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ ความรู้ และทักษะ ในการ

จัดการภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคร่วมหลายชนิดซึ่งต้องการการดูแลเฉพาะด้าน ผลที่ได้มีความสอดคล้องกับผลของโปรแกรมให้ความรู้ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถจัดการภาวะฉุกเฉินได้ดีกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ¹³ นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยซึ่งพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ผ่านการเสริมสร้างการรับรู้ และการเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยการสนับสนุนสื่อความรู้โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในระดับชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)¹⁷ การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และการจัดการโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อาจเนื่องมาจากโปรแกรมให้ความรู้ครั้งนี้เป็นรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Interactive and Reflective Learning) โปรแกรมใช้การสื่อสารแบบถาม-ตอบ การอภิปรายกลุ่มย่อย และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริงระหว่างผู้เข้าร่วม ทำให้เกิดการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงภายในกลุ่มมากกว่าการรับฟังบรรยายเพียงอย่างเดียว ส่งผลให้เกิดความเข้าใจและการจดจำที่ยั่งยืน เนื้อหาของโปรแกรมออกแบบให้สอดคล้องกับระดับการศึกษา โดยใช้สื่อภาพและภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสามารถเชื่อมโยงความรู้ กับชีวิตประจำวันและนำไปใช้ได้จริง มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา กระตุ้นการมีส่วนร่วม และติดตามความเข้าใจรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง ช่วยเสริมสร้าง

ความมั่นใจ ความรู้ และทักษะในการจัดการภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม และการเน้นการรับรู้สัญญาณอันตรายและการตัดสินใจในภาวะวิกฤต นอกจากนี้ โปรแกรมให้ความสำคัญกับการสังเกตอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจเข้ารับการรักษาภายใน “ระยะเวลาทอง” 4.5 ชั่วโมง ซึ่งเป็นช่วงสำคัญในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) และลดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนในขนาดที่ชัดเจนทั้งสี่ประการนี้ช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถแปลงความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริง (Knowledge Translation) และเกิดการเรียนรู้ที่มีความหมาย (Meaningful Learning) สอดคล้องกับแนวคิดของ Leventhal ที่ระบุว่า เมื่อบุคคลมีความเข้าใจโรคและความเชื่อเกี่ยวกับโรคอย่างถูกต้อง จะสามารถสร้างพฤติกรรมตอบสนองเชิงบวกและควบคุมอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹² อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และประสบการณ์ในการเผชิญโรค อาจมีผลต่อระดับการรับรู้และการจัดการอาการที่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุอาจต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพมากกว่า ขณะที่กลุ่มวัยทำงานอาจตอบสนองได้ดีกว่าต่อการใช้สื่อภาพหรือข้อมูลสั้นกระชับ ดังนั้น การออกแบบโปรแกรมในอนาคตควรพิจารณาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการเรียนรู้ และการนำไปใช้จริง ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของโปรแกรมให้ความรู้ในการเพิ่มสมรรถนะการรับรู้โรค และทักษะการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินในภาวะคับขัน ยิ่งไปกว่านั้น โปรแกรมการให้ความรู้ยังช่วยพัฒนาองค์ความรู้และความมั่นใจในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ดังนั้นการให้ความรู้ในลักษณะเป็นระบบ ชัดเจน และสอดคล้องกับความเข้าใจของผู้เรียน ช่วยให้อาสาสมัครสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้

อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในภาวะฉุกเฉินที่ต้องการการตัดสินใจที่รวดเร็วและถูกต้อง ส่งผลให้สามารถลดความรุนแรงของโรคและลดภาวะแทรกซ้อนในอนาคตได้ **การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์**

1. ด้านบริหาร

1.1 บุคลากรโปรแกรมการให้ความรู้เข้าสู่ระบบการดูแลผู้ป่วยของคลินิกโรคเรื้อรังทุกคลินิกที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยกำหนดให้เป็นองค์ประกอบของแผนการพยาบาลมาตรฐาน (Standard Nursing Care Plan) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการให้ความรู้อย่างทั่วถึงและเป็นระบบเดียวกัน

1.2 กำหนดตัวชี้วัดด้านคุณภาพบริการที่ชัดเจนและสามารถประเมินได้ เช่น สัดส่วนผู้ป่วยและผู้มีภาวะเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และการเพิ่มขึ้นของคะแนนการรับรู้ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20 หลังเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อใช้ในการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

1.3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสุขภาพในการให้ความรู้ตามมาตรฐานเดียวกันทุกคลินิก ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการและการใช้สื่อการสอนรูปแบบเดียวกัน เพื่อลดความแปรปรวนของการสื่อสารและเพิ่มประสิทธิภาพการถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ป่วย

2. ด้านการปฏิบัติ

2.1 ดำเนินการให้ความรู้ตามโครงสร้างโปรแกรมที่มีขั้นตอนชัดเจนและผ่านการประเมินผลประกอบด้วยการให้ความรู้ครั้งแรกพร้อมการประเมินก่อน-หลัง การทบทวนความรู้ทุกครั้งที่มาตามนัด และการบันทึกการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างเป็นระบบ เพื่อให้สามารถติดตามผลลัพธ์รายบุคคลและรายคลินิกได้

2.2 ส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและผู้ดูแลในกระบวนการเรียนรู้และการจัดการภาวะฉุกเฉิน โดยให้ครอบครัวเข้าร่วมการให้ความรู้ครั้งแรก จัดสื่อความรู้สำหรับใช้ที่บ้าน และทบทวนความเข้าใจของครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะยาว

2.3 ติดตามประเมินการรับรู้และความพร้อมในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาคุณภาพบริการ และเพื่อให้สามารถปรับปรุงรูปแบบโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

3. ด้านการวิจัย

ดำเนินการศึกษาต่อยอดโดยใช้การออกแบบการวิจัยแบบ stepped-wedge หรือ cluster trial ในหลายคลินิก เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในบริบทการปฏิบัติงานจริง (real-world setting) ของแต่ละคลินิก เพิ่มความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ และลดอคติจากความแตกต่างระหว่างคลินิก

3.1 ประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมทั้งด้านความรู้ พฤติกรรมการตอบสนองต่ออาการนำ และผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงมาถึงโรงพยาบาล และสัดส่วนผู้ป่วยที่มาถึงภายใน 3-4.5 ชั่วโมง เพื่อสะท้อนผลลัพธ์เชิงปฏิบัติและเชิงระบบบริการสุขภาพ

3.2 วิเคราะห์ต้นทุนและความคุ้มค่าของโปรแกรมในเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ โดยเปรียบเทียบต้นทุนของการดำเนินโปรแกรมกับประสิทธิผลของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายและการขยายโปรแกรมไปยังระดับโรงพยาบาลหรือเครือข่ายบริการสุขภาพในอนาคต

Reference

1. World Stroke Organization. Global Stroke Fact Sheet 2022. WSO; 2022. Available from: <https://www.world-stroke.org>.
2. Department of Disease Control. Department of Disease Control campaigns for World Stroke Day 2023, revealing that this year Thailand will have more than 300,000 patients. [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 24]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2023/10/28741#:~:text=Thai>.
3. Medical Records Division, Singburi Hospital. Annual statistical report 2021–2023 (Photocopied document).
4. Piangjai Dawon. Nursing care for patients with acute ischemic or occlusive cerebrovascular disease receiving anticoagulants: a case study. *Singburi Hospital Journal*. 2019;28(1):35–42. Thai.
5. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics 2023 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*. 2023;147(8):e93–e621. Available from: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001123>
6. Nurumon Namwong. Nursing care for patients with acute ischemic stroke receiving thrombolytic drugs type rt-PA: A case study of two cases. *Journal of Health and Environmental Studies*. 2023;8(4):859–868. Thai.
7. Suwannee Sansuk, Jintana Phonmeesak, Narisara Arrirak, Thanom Namwong. Development of community health system towards stroke health service system among elderly people in Yasothon Province. *Journal of Community Health*. 2022;8(4):195–204. Thai.
8. Smith A, Johnson B. Health education strategies for community stroke awareness. *Journal of Community Health*. 2021;46(4):623–630.
9. Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, et al. 2021 guideline for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack. *Stroke*. 2021;52(7):e364–e467. Available from: <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000375>.
10. Worawan Kantichaiton, Vorachai Kongsarepong and Kulayot Jongpipatwanit. The effect of an educational program combined with emotional support on the uncertainty of illness in patients with acute myocardial infarction before cardiac catheterization. *Vajira Nursing*. 2020;22(1):15–32. Thai.
11. Thawatchai Woraphongthon and Sureephan Woraphongthon. Calculating sample size for research using ready-made programs. [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan]. Available from: http://advisor.anamai.mpph.go.th/download/Journal_health/2561HEALTH41_/2HEALTH_Vol41No2_02pdf. Thai.

12. Leventhal H, Brissette I, Leventhal EA. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: Cameron L, Leventhal H, editors. The self-regulation of health and illness behavior. Routledge; 1996. p. 42–65.
13. Phasu Mankong. The effect of an education program on the recognition of illness and emergency management of acute myocardial infarction in people at risk. Singburi Hospital Medical Journal. 2019;28(1):19–33. Thai.
14. Onauma Kongkaew. Illness representation and recurrence prevention behaviors in elderly with stroke [Dissertation]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2018. Thai.
15. Klockar L, Salminen H, Kettunen T. Improving stroke patients' illness perception to prevent recurrence: A nurse-led intervention study. Journal of Advanced Nursing. 2023;79(5):1555–1566. Available from: <https://doi.org/10.1111/jan.15567>
16. Liu Y, Zhang L, Chen H, Wang S. Health literacy and self-care behavior among patients with chronic diseases: A cross-sectional study in China. BMC Public Health. 2024;24(1):112.
17. Jatupong Panwilai, Niramai Maneerattana, Patchara Maturamon, Supattra Puanphai, Jiraporn Pakdee, Roongnapar Juntom. Health promotion behaviors for stroke prevention for people at risk in the community: action research. Northern Health Journal. 2023;10(2):81–93. Thai.
18. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). Psychology & Health. 2002;17:1–16.
19. Williams O, Noble J, White M. The association between education level and stroke awareness: A cross-sectional analysis. *Stroke*. 2017;48(9):2403–2409. doi:10.1161/STROKEAHA.117.017812
20. Adugna B, Azale T, Mekonnen N. Knowledge of stroke symptoms and associated factors among adults in Ethiopia. BMC Public Health. 2020;20(1):1–8. doi:10.1186/s12889-020-08765-5

ประสบการณ์การพัฒนานวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต: การวิจัยผสมผสาน

อัญชนา จุลศิริ*

ปร.ด. (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา)

สุวรรณี แสงอาทิตย์**

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพเด็ก)

กมลพรรณ วัฒนาร**

ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์)

(รับ: 4 ตุลาคม 2568, แก้ไข: 26 ตุลาคม 2568, ตอรับ: 16 พฤศจิกายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาทักษะการพัฒนานวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล (2) บรรยายประสบการณ์การพัฒนานวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล และ (3) ศึกษาพฤติกรรมการสอนของอาจารย์ที่ส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรม การวิจัยใช้ระเบียบวิธีแบบผสมผสานลักษณะต่อเนื่องเชิงอธิบาย ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยกลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาวิจัยทางการพยาบาลและนวัตกรรมทางการพยาบาล 86 คน และอาจารย์ผู้สอน 12 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระยะที่สองเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญคัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ที่มีคะแนนทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในระดับมากขึ้นไปจากทั้งอาจารย์และนักศึกษา 23 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ทั้งจากมุมมองอาจารย์และนักศึกษา ทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การทำงานร่วมกัน ความคิดสร้างสรรค์ และการสื่อสาร ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่ระบุว่า ปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จของการพัฒนานวัตกรรม ได้แก่ (1) การสืบค้นข้อมูลและการร่วมกันคิดแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (2) การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การทำงานเป็นทีม และการบริหารจัดการที่เหมาะสม และ (3) สิ่งสนับสนุนด้านงานวิจัย สำหรับพฤติกรรมการสอนของอาจารย์ที่เอื้อต่อการพัฒนานวัตกรรม ได้แก่ (1) การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับกระบวนการวิจัยและการสร้างนวัตกรรม และ (2) การจัดการเรียนการสอนเชิงรุกที่กระตุ้นให้นักศึกษามีส่วนร่วมอย่างมีความหมาย

ผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการเรียนการสอนและบรรยากาศการเรียนรู้ที่เอื้อต่อการพัฒนานวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นทักษะสำคัญต่อการปฏิบัติวิชาชีพในยุคการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพ

คำสำคัญ: ประสบการณ์ การพัฒนานวัตกรรม นักศึกษาพยาบาล

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี; Corresponding author E-mail: julsiri@gmail.com

** อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Innovative experiences of nursing students: Mixed methods research

Anchana Julsiri*

Ph.D. (Research and Statistics in Cognitive Science)

Suwannee Sangartit**

M.N.S. (Child Health Nursing)

Kamonpun Wattanakorn**

Ph.D. (Nursing Science)

(Received: October 4, 2025, Revised: October 26, 2025, Accepted: November 16, 2025)

Abstract

This study aimed to (1) examine the innovation development skills of nursing students, (2) describe their experiences in developing innovations, and (3) explore faculty teaching behaviors that support innovation development. A mixed-methods approach using an explanatory sequential design was employed and consisted of two phases. Phase I was a quantitative study. The sample included 86 undergraduate nursing students enrolled in nursing research and nursing innovation courses, along with 12 faculty members. The instrument used was a learning and innovation skills assessment, and data were analyzed using descriptive statistics, including mean and standard deviation. Phase II was a qualitative study. Key informants were purposively selected from students who demonstrated high levels of learning and innovation skills based on assessments by both faculty members and students in Phase I. A total of 23 students participated. Data were collected through in-depth interviews and analyzed using content analysis.

The findings showed that, from both faculty and student perspectives, learning and innovation skills were rated at a high level, particularly critical thinking, collaboration, creativity, and communication. The qualitative results supported these findings and indicated three factors that contributed to successful innovation development: (1) information searching and creative problem-solving, (2) effective communication, teamwork, and appropriate management, and (3) supportive resources for research. Faculty teaching behaviors that encouraged innovation development included (1) promoting students' knowledge of research processes and innovation, and (2) implementing active learning strategies that foster meaningful student engagement.

These findings highlight the importance of teaching practices and learning environments that support innovation development among nursing students, which is essential for professional practice in a rapidly changing healthcare system.

Keywords: Experience, Innovation, Nursing student

* Assistant Professor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province.

Corresponding author E-mail: julsiri@gmail.com

** Lecturer, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีการสื่อสาร ไม่เพียงส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของคนบนโลก ยังทำให้ประชากรมีจำนวนเพิ่มขึ้นและผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและต้องการการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้น¹ ประกอบกับนโยบายของรัฐบาลที่มีการขับเคลื่อนเศรษฐกิจด้วยนวัตกรรม และปฏิญญาพยาบาล 2567 สนับสนุนให้มีการสร้างนวัตกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพการให้บริการวิชาชีพอย่างเนื่อง จึงเป็นจุดเริ่มต้นให้น่าแนวคิดเกี่ยวกับนวัตกรรมเข้ามาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นกระบวนการเปลี่ยนผ่านข้อมูลที่ดีไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้สุขภาพดีขึ้น ช่วยป้องกันโรค และทำให้คุณภาพในการดูแลดีขึ้น โดยพยาบาลที่จะนำนวัตกรรมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจะมีลักษณะที่พยายามค้นหาวิธีการใหม่ๆ ที่จะนำมาใช้แก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ รวมทั้งจะเป็นผู้นำในการริเริ่ม และคงไว้ซึ่งการนำนวัตกรรมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย² การพัฒนาคุณลักษณะดังกล่าว จำเป็นต้องพัฒนาพยาบาลให้มีความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรม ซึ่งควรเริ่มตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล ดังนั้นหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการที่สำคัญของนวัตกรรม และในการจัดการเรียนการสอนควรมีการแบ่งปันความรู้และฝึกทำนวัตกรรม รวมทั้งพัฒนาให้นักศึกษาให้มีวิธีการคิดและแสดงให้เห็นถึงบทบาทในการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ อาจเป็นแนวคิด เทคนิคต่างๆ เป็นต้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้นักศึกษาพยาบาลให้เป็นผู้นำตนเองเพิ่มขึ้น รวมทั้งช่วยพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลให้เป็นนวัตกรรมในอนาคตได้³⁻⁴ แต่ความสามารถในการเป็นนวัตกรรมของนักศึกษาจะแตกต่างกัน ซึ่งงานวิจัย⁵ พบว่า ความบ่อยของการ

อ่านหนังสือในแต่ละเดือน การติดตามหนังสือพิมพ์/นิตยสาร ความถี่ในการใช้อินเทอร์เน็ต วัตถุประสงค์ในการใช้อินเทอร์เน็ต และการให้นิยามของคำว่า “นวัตกรรม” ของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน มีความสามารถในการเป็นนวัตกรรม (innovativeness level) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่า การที่องค์กรวิชาชีพมีการผลักดันโดยการจัดกิจกรรม/โครงการเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การประยุกต์ใช้นวัตกรรมแพร่หลายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษา¹ เกี่ยวกับความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อนวัตกรรมในการเรียนการสอน พบว่า ร้อยละ 74.5% ของนักศึกษาที่ทำนวัตกรรมเกิดในรายวิชาที่ลงทะเบียนเรียนและเกิดจากอาจารย์ โดยอาจารย์ที่ได้รับการเตรียมมาอย่างดีมีบทบาทสำคัญในการสอนให้นักศึกษาในระดับปริญญาตรีมีความเข้าใจและรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการพัฒนานวัตกรรม

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าการพัฒนา นักศึกษาพยาบาลให้มีความสามารถในการพัฒนานวัตกรรมจำเป็นต้องมีการกำหนดไว้ตั้งแต่ตัวหลักสูตร และต้องถ่ายทอดลงสู่รายวิชาที่เรียน รวมทั้งอาจารย์ต้องจัดการเรียนการสอนและสร้างบรรยากาศให้นักศึกษาได้เกิดความคิดวิเคราะห์/พัฒนาสิ่งใหม่ๆ ซึ่งหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2561) ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีได้มีการกำหนดให้บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาเป็นผู้ที่สามารถแก้ไขปัญหาทางการพยาบาลและทางสุขภาพ โดยใช้กระบวนการวิจัยและกระบวนการสร้างนวัตกรรมได้ รวมทั้งกำหนดรายวิชาในการฝึกนักศึกษาให้เรียนรู้เกี่ยวกับการพัฒนานวัตกรรม ในปีการศึกษา 2565 มีนักศึกษาจำนวน 3

กลุ่ม จากทั้งหมด 12 กลุ่ม ได้นำเสนอการพัฒนา นวัตกรรมจนได้รับรางวัลระดับชาติ ซึ่งนักศึกษาที่มี ส่วนร่วมในกิจกรรมนี้รู้สึกว่าเป็นประสบการณ์ที่ดี และ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อนๆ จากสถาบัน อื่น แต่ผลการศึกษา⁶ พบว่า นักศึกษาของคณะ พยาบาลศาสตร์ สถาบัน พระบรมราชชนก มีทักษะ ด้านการออกแบบนวัตกรรม ด้านการพัฒนา นวัตกรรม และด้านการเขียนโครงร่างนวัตกรรมต่ำในสามลำดับ แรก ดังนั้นการที่อาจารย์ได้เข้าใจประสบการณ์การ พัฒนา นวัตกรรมของนักศึกษาในแง่มุมมองของการจัดการ เรียนการสอน และการสร้างบรรยากาศที่ผลักดันให้ นักศึกษาประสบความสำเร็จในการพัฒนา นวัตกรรม จะเป็นประโยชน์ในการจัดการเรียนการสอนสำหรับ นักศึกษารุ่นอื่นๆ ต่อไป แต่การวิจัยที่ผ่านมาจะเป็น การวิจัยเชิงปริมาณที่วัดระดับทักษะการ พัฒนา นวัตกรรมเท่านั้น ยังไม่พบงานวิจัยเชิงคุณภาพหรือ งานวิจัยผสมผสานที่เจาะลึกถึงกระบวนการหรือ ประสบการณ์ตรงของนักศึกษาที่ส่งผลต่อการพัฒนา นวัตกรรม จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา ประสบการณ์การพัฒนา นวัตกรรมของนักศึกษา พยาบาลโดยใช้การวิจัยผสมผสาน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาทักษะการพัฒนา นวัตกรรมของ นักศึกษาพยาบาล
2. บรรยายประสบการณ์การพัฒนา นวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล
3. ศึกษาพฤติกรรมการสอนของอาจารย์ที่ ส่งเสริมการพัฒนา นวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนา นวัตกรรมต้องใช้ทักษะการเรียนรู้ และนวัตกรรม ประกอบด้วยทักษะย่อย 3 ทักษะ ได้แก่ 1) การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical thinking) และการแก้ปัญหา (problem solving) 2) การสื่อสาร

(communication) และความร่วมมือ (collaboration) 3) การริเริ่มสร้างสรรค์ (creativity) และนวัตกรรม (innovation)⁷ จากการศึกษา⁸ พบความสัมพันธ์ เชิงบวกระหว่างการสร้าง นวัตกรรมและความ อยากรู้อยากเห็น ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนเพื่อ พัฒนานวัตกรรมต้องทำให้นักศึกษาเกิดความอยากรู้อยากเห็น โดยใช้รูปแบบการเรียนการสอนเชิงรุก กระตุ้นการคิด สนับสนุนส่งเสริมต่อยอดความคิด สร้างสรรค์ และเอื้ออำนวยความสะดวกให้ แนวความคิดนั้นแปรรูปออกมาเป็นรูปธรรมชิ้นงาน หรือกระบวนการแนวทางที่ชัดเจน สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้⁹ ซึ่งผู้วิจัยนำข้อค้นพบดังกล่าวมา เป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัยเชิงปริมาณ รวมทั้งการนำ วิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแนวอรรถปริวรรต (hermeneutic phenomenology) ตามแนวคิดของ Heidegger ที่มุ่งเน้นการทำความเข้าใจความหมาย ของประสบการณ์ในทัศนะของบุคคลผู้ได้รับ ประสบการณ์นั้น มาเป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย เชิงคุณภาพ¹⁰ เพื่อเข้าใจมุมมองของนักศึกษาที่มีต่อ การพัฒนา นวัตกรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยผสมผสาน รูปแบบต่อเนื่องเชิงอธิบาย (an explanatory sequential design) มี 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 การวิจัย เชิงปริมาณ และระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณเพื่อศึกษา ทักษะการพัฒนา นวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล

ประชากรแบ่งเป็น 1) นักศึกษาพยาบาล ศาสตร์บัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จัหวัดเพชรบุรี ที่ลงทะเบียนเรียนนิชาวิจัยทางการ พยาบาลและนวัตกรรมทางการพยาบาล ปีการศึกษา 2565 จำนวน 86 คน 2) อาจารย์ผู้สอนในรายวิชาวิจัย

วารสารกองการพยาบาล

ทางการพยาบาลและนวัตกรรมทางการพยาบาล
ปีการศึกษา 2565 จำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมิน
ทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม มี 2 ตอน คือ ตอนที่ 1
ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 แบบประเมินทักษะการเรียนรู้
และนวัตกรรม เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ
มี 4 องค์ประกอบ คือ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ
(critical thinking) จำนวน 3 ตัวชี้วัด การทำงาน
ร่วมกัน (collaboration) จำนวน 3 ตัวชี้วัด ความคิด
สร้างสรรค์ (creativity) จำนวน 2 ตัวชี้วัด และ
การสื่อสาร (communication) จำนวน 2 ตัวชี้วัด
ซึ่งชลธิดา เทพหินลับ และคณะ¹¹ พัฒนาขึ้น ตรวจสอบ
ความตรงเชิงโครงสร้างโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ
เชิงยืนยันอันดับสอง (second order confirmatory
factor analysis) มี ค่า $\chi^2 = 30.399$
(df = 22, p-value = 0.109) RMSEA = 0.025, CFI =
0.999, SRMR = 0.007 มีค่าความเที่ยงของ
Cronbach's alpha เท่ากับ .89 แปลผล ดังนี้

คะแนน 126-150 หมายถึง มีทักษะการ
เรียนรู้และนวัตกรรมระดับมากที่สุด

คะแนน 102-125 หมายถึง มีทักษะการ
เรียนรู้และนวัตกรรมระดับมาก

คะแนน 78-101 หมายถึง มีทักษะการเรียนรู้
และนวัตกรรมระดับปานกลาง

คะแนน 54-77 หมายถึง มีทักษะการเรียนรู้
และนวัตกรรมระดับน้อย

คะแนน 30-53 หมายถึง มีทักษะการเรียนรู้
และนวัตกรรมระดับน้อยที่สุด

เก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอน
วิชาวิจัยทางการพยาบาลและนวัตกรรมทางการ
พยาบาลโดยให้อาจารย์ประจำกลุ่มประเมินทักษะการ
เรียนรู้และนวัตกรรมของนักศึกษาที่อยู่ในความ
รับผิดชอบทุกคน และให้นักศึกษาประเมินตนเอง

โดยใช้แบบประเมินเดียวกัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้
ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อบรรยาย
ประสบการณ์การพัฒนานวัตกรรมของนักศึกษา
พยาบาลและพฤติกรรมการสอนของอาจารย์ที่ส่งเสริม
การพัฒนานวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ได้มาจากการ
นำผลการวิจัยเชิงปริมาณ (ระยะที่ 1) มาใช้ในการ
คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 เพื่อให้ได้ผู้เข้าร่วม
วิจัยที่มีความเหมาะสมที่สุด มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้
1) นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตของวิทยาลัย
พยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่ลงทะเบียน
เรียนวิชาวิจัยทางการพยาบาลและนวัตกรรมทางการ
พยาบาล ปีการศึกษา 2565 ที่มีคะแนนทักษะการ
เรียนรู้และนวัตกรรมตามการประเมินทั้งของอาจารย์
และนักศึกษาในระดับมากขึ้นไป 2) มีความยินดีและ
เต็มใจในการให้ข้อมูล เกณฑ์การคัดออก คือ
ไม่สามารถจัดสรรเวลาให้สัมภาษณ์ทั้งการสนทนา
กลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกได้จนเสร็จสิ้นกระบวนการ

การวิจัยนี้เป็นปรากฏการณ์วิทยาแนวอรรถ
ปริวรรต (hermeneutic phenomenology) ใช้กรอบ
แนวคิดของ Heidegger เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการ
สนทนากลุ่ม ภายหลังสิ้นสุดการเรียนการสอนรายวิชา
วิจัยทางการพยาบาลและนวัตกรรมทางการพยาบาล
กรณีมีประเด็นที่ต้องการข้อมูลที่มีรายละเอียดเพิ่มขึ้น
จะสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แนวคำถามหลักและ
คำถามรองซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ
ประสบการณ์การพัฒนานวัตกรรมของนักศึกษา
พยาบาล ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยอาจารย์
พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ 3
คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลจาก
เนื้อหา (content analysis) ตามแนวทางของ
Graneheim and Lundman¹²

วารสารกองการพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัย พยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตามเอกสาร รับรองหมายเลข PCKCN REC 19/2566

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย นักศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 และอาจารย์ผู้สอน มีรายละเอียด ดังนี้

นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 ซึ่งลงทะเบียนเรียนวิชาวิจัยทางการพยาบาลและ นวัตกรรมทางการพยาบาล ปีการศึกษา 2565 จำนวน 86 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 82 คน คิดเป็นร้อยละ 95.30 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.51-3.00 มากที่สุด 54 คน รองลงมา คือ 3.01-3.50 จำนวน 23 คน คิด เป็นร้อยละ 62.79 และ 26.74 ตามลำดับ

อาจารย์ผู้สอนในรายวิชาวิจัยทางการ พยาบาลและนวัตกรรมทางการพยาบาล ปีการศึกษา 2565 12 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 11 คน คิดเป็น ร้อยละ 91.67 มีประสบการณ์การสอนเฉลี่ย 23.91 ปี

ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การสอนระหว่าง 26-30 ปี มากที่สุด 4 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33

ทักษะการพัฒนานวัตกรรมของ นักศึกษาพยาบาล

อาจารย์ผู้สอนและนักศึกษาที่ลงทะเบียน เรียนในรายวิชาวิจัยทางการพยาบาลและนวัตกรรม ทางการพยาบาลมีความคิดเห็นต่อทักษะการเรียนรู้ และนวัตกรรมของนักศึกษาในระดับมาก เท่ากับ 117.72 และ 120.12 คะแนน พิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อาจารย์มีความคิดเห็นว่า นักศึกษามีทักษะ ด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะด้านการ ทำงานร่วมกัน ทักษะด้านความคิดสร้างสรรค์ และ ทักษะด้านการสื่อสารอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 34.97, 36.09, 22.63 และ 24.04 ตามลำดับ นักศึกษา มีความคิดเห็นต่อตนเองว่า มีทักษะด้านการทำงาน ร่วมกันในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 37.64 ส่วนทักษะ ด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ด้านความคิด สร้างสรรค์ และด้านการสื่อสารอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 35.85, 22.60 และ 24.02 ตามลำดับ (ตาราง ที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมตามมุมมองของอาจารย์และ นักศึกษาจำแนกตามรายด้าน

แบบประเมินทักษะการเรียนรู้และ นวัตกรรม	ความคิดเห็นของอาจารย์ (N 12 คน)			ความคิดเห็นของนักศึกษา (N 86 คน)		
	Mean	SD	แปลค่า	Mean	SD	แปลค่า
ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ	34.97	4.86	มาก	35.85	3.24	มาก
ทักษะด้านการทำงานร่วมกัน	36.09	6.62	มาก	37.64	3.85	มากที่สุด
ทักษะด้านความคิดสร้างสรรค์	22.63	4.05	มาก	22.60	2.97	มาก
ทักษะด้านการสื่อสาร	24.04	3.35	มาก	24.02	2.46	มาก
รวมทุกทักษะ	117.72	17.02	มาก	120.12	9.82	มาก

ประสบการณ์การพัฒนานวัตกรรมของ นักศึกษาพยาบาล

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นนักศึกษาที่มีคะแนนทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมตามมุมมองของอาจารย์ผู้สอนและนักศึกษาในระดับมากขึ้นไป 23 คน มาสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกในกรณีที่ต้องการข้อมูลที่มีรายละเอียดเพิ่มขึ้น เพื่ออธิบายผลการวิจัยเชิงปริมาณในประเด็นทักษะการพัฒนานวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้สะท้อนประสบการณ์การพัฒนานวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล โดยแบ่งเป็น 3 ประเด็น ได้แก่

1. การให้นิยามของนวัตกรรมทางการ

พยาบาล สะท้อนว่าเป็น “การสร้างสรรค์และพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ” โดยระบุว่า นวัตกรรมเป็นสิ่งที่ประดิษฐ์หรือเป็นการให้ข้อมูลเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพแบบองค์รวมซึ่งสามารถพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง อาจเริ่มต้นจากความชอบ จนสามารถต่อยอดในเชิงพาณิชย์ ดังคำพูดต่อไปนี้

“...นวัตกรรมเป็นการพัฒนาขึ้นที่หรือเป็นการพัฒนาใหม่ แบบ IT กับการพยาบาลก็น่าจะมาพัฒนาควบคู่กันได้ ...อาจจะเริ่มต้นจากความชอบ... มาประยุกต์ใช้กับการพยาบาล...แล้วก็ไปขายในทางเชิงพาณิชย์” (F-G11)

“...นวัตกรรมทางการพยาบาลมันคือสิ่งที่ประดิษฐ์ขึ้นมา...ช่วยให้ผู้ป่วย...ลดหรือบรรเทาปัญหาที่มีอยู่ได้...แล้วสามารถพัฒนาขึ้นไปได้เรื่อยๆ...สำเร็จมาขั้นตอนหนึ่งแล้วออกมาใช้ อาจจะเกิดปัญหา ก็อาจจะสามารถพัฒนาขึ้นได้อีก...” (F-G12)

2. ความรู้สึกต่อประสบการณ์การพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล สะท้อนเป็น 2 ประเด็น คือ

2.1 รู้สึกภูมิใจในชิ้นงานนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้น โดยระบุว่านวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นสามารถ

นำไปแก้ปัญหาของผู้ป่วย และให้ผลลัพธ์ที่ดี จึงรู้สึกภาคภูมิใจ ดังคำพูดต่อไปนี้

“...ชอบการเก็บข้อมูล เพราะได้เห็นว่าตอนที่ทดลองใช้นวัตกรรมของเรา น้องที่สายตาดำพร่องบอกว่า เค้ารู้สึกภาคภูมิใจในตัวเอง ว่าพึ่งพาตัวเองได้ สามารถหยิบยาได้ ไม่ต้องไปบอกครูหรือบอกให้คนอื่นหยิบมาให้...” (F-G7)

“...หนูพอใจกับชิ้นงานที่ออกมาดีมาก... เพราะว่าตอนที่ทำก็ลำบาก...แก้ตรงนั้น แก้ตรงนี้ ทำครั้งแรก ยังมีติดๆขัดๆ ยังไม่ดีพอ แต่พอเวลาแก้ไขกันแล้ว ชิ้นงานเสร็จ เป็น Final ...คือแบบว่าดีมาก แล้วก็รู้สึกมีความสุขที่ได้เห็นงานออกมาสมบูรณ์แบบ” (F-G9)

“...รู้สึกภูมิใจ เพราะว่าตัวนวัตกรรมที่ทำโปรแกรมมีทั้ง Intervention ที่พบกับกลุ่มตัวอย่างโดยตรงและใช้ Line OA...แล้วใน Line OA จะมีกิจกรรมให้น้องทำ หนูรู้สึกภูมิใจ ในวันที่เราไม่ได้ลง Intervention มีน้องเข้ามาใช้ Line OA และน้องเข้ามาทักถามข้อสงสัย หรือมีการตอบคำถาม หรือเข้ามาเล่นใน Line OA ...รู้สึกว่าการที่เราทำ Line OA ไม่สูญเปล่า คือสามารถใช้ได้จริง...” (F-G5)

2.2 รู้สึกภูมิใจในเพื่อนร่วมกลุ่ม โดยระบุว่า การพัฒนานวัตกรรมทำให้เกิดความทรงจำที่ดี มีการช่วยเหลือกัน และทำให้ลดความเป็นตัวตน ร่วมมือร่วมใจกันทำเพื่อทำให้งานสำเร็จ จึงรู้สึกภาคภูมิใจ ดังคำพูดต่อไปนี้

“...รู้สึกภูมิใจ...เพราะทำด้วยกันตั้งแต่แรก จนจบ เป็นเวลาหลายเดือนมาก...บางครั้งมีความไม่เข้าใจกัน ก็มองข้ามตรงนั้นไป เพื่อมาทำงานชิ้นนี้ให้เสร็จ จนถึงวัน Present รู้สึกว่าภูมิใจทั้งตัวนวัตกรรมและเพื่อนในกลุ่มตัวเอง...” (F-G11)

“...รู้สึกภูมิใจต่อด้านนวัตกรรม...วันหนึ่งเมื่อเห็นนวัตกรรมก็จะย้อนคิดถึงเหตุการณ์หลายๆ อย่าง ทั้งขั้นตอนแล้วก็เพื่อน กว่าจะได้นวัตกรรมมา เราคุย

อะไรกันบ้าง แล้วก็ไปผ่านวิธีการอะไรกันมาบ้าง...”
(F-G4)

3. ปัจจัยที่สนับสนุนให้นักศึกษาพัฒนานวัตกรรมได้สำเร็จ ประกอบด้วย 3 ประเด็น ดังนี้

3.1 การค้นหาข้อมูลและการร่วมคิดร่วมแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ โดยการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ต้องเริ่มจากการค้นหาข้อมูลทั้งจากสถานการณ์จริงและการค้นคว้าตำรา แล้วจึงคิดวิเคราะห์ ริเริ่มสร้างสรรค์ ออกแบบนวัตกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาวิจัย ดังคำพูดต่อไปนี้

“...ถ้านึกถึงนวัตกรรม...จุดเริ่มต้นของการทำงาน หนูก็มาจากการ search หาข้อมูล มาจัดการหาความรู้ให้กับตัวเอง...” (F-G12)

“...ช่วยกันออกแบบไป search หา application...ซึ่งเป็นความคิดของเราเอง 100%...”
(F-G4)

“...หนูคิดว่าปัญหาพัฒนาการเด็กจะมีการส่งเสริมทักษะทางด้านไหนบ้างที่ไม่ใช่แค่กล้ามเนื้อเล็กอย่างเดียว จึงไป ward เพื่อค้นหาข้อมูล...และก็ได้ข้อมูลมาว่า วัยเด็กควรได้รับการพัฒนาเรื่องความคิด...จึงทำวิจัยเรื่องนี้...” (F-G3)

“...จะพัฒนาด้านคิดเชิงบริหารในเด็ก...ก็มาออกแบบเกมส์ว่า จะออกแบบยังไง...แล้วก็มีกรคิดวิธีเล่นเกมส์...” (F-G9)

3.2 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การทำงานเป็นทีมและการบริหารจัดการที่ดี โดยการวางแผนการทำงาน มีกำหนดข้อตกลงในการทำงาน มีการมอบหมายงานตามความถนัด/ความชอบ มีการสื่อสารภายในทีมเพื่อให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังมีการใช้ application line เพื่อให้สื่อสารได้ง่ายและรวดเร็ว มีการ share ข้อมูลร่วมกัน แม้จะมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน แต่การสื่อสารกันภายในทีม และการยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ช่วยกัน

ทำงาน เป็นปัจจัยที่ทำให้งานสำเร็จ รวมทั้งมีบรรยากาศในการทำงานที่ไม่กดดัน จะทำให้งานมีประสิทธิภาพ ดังคำพูดต่อไปนี้

“...ทำ Gantt chart ก่อน ว่าการทำงานนวัตกรรมแต่ละขั้นตอนจะต้องเสร็จตอนไหน แล้ว final จะเสร็จภายในวันที่เท่าไร เราต้องให้เวลาส่วนตัวด้วย ทุกๆเสาร์อาทิตย์ ถือว่าเป็นเวลาที่ต้องทำวิจัย ซึ่งเขาไปรวมใน Gantt chart ไว้แล้ว จึงทำให้ทำงานทัน”
(F-G1, F-G3, F-G5, M-G6, F-G7, F-G8, F-G11)

“...เวลานัดมาทำงานหรือว่าขอความคิดเห็นหรือขอความร่วมมือ เช่น บางทีไม่ได้เจอกัน กลุ่มหนูจะเข้าไปใน line กลุ่ม เพื่อนๆ คิดว่ายังไง เพื่อนๆ ก็จะมีส่วนร่วมกับหนูตลอด...” (F-G8)

“...ตอนแรกทุกคนแยกกันทำ ทุกคนรู้กันคนละจุด ... กลายเป็นว่า ไม่ได้ข้อมูลที่เป็นข้อมูลหลัก...ข้อมูลมันกระจาย เราก็เลยมาตกลงกันใหม่...เวลาทำงานให้มาทำด้วยกันดีกว่า...พอเรามานั่งทำงานกัน มาแบ่งงานกัน ...มา share ข้อมูลไปด้วยกัน และก็ทำไปพร้อมๆ กัน หนูรู้สึกว่าคุณภาพของงานมันดีกว่า...” (F-G1)

“...เราจะไม่แบ่งงานแบบสุ่ม จะแบ่งงานตามความถนัด...หนูชอบทำตัวนวัตกรรม หนูก็จะมุ่งที่ผลิตนวัตกรรม ส่วนเพื่อนบางคนชอบทำเอกสาร...บางคนชอบพูดติดต่อสื่อสาร...ก็แบ่งไปตามความชอบ...มาคุยกัน manage ให้มันเข้ากัน...”
(F-G7, F-G11)

“...คิดว่าเป็นการยอมรับ และก็ให้ความร่วมมือ ถ้าต่างคนต่างออกความคิดเห็น โดยไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นของคนอื่น ก็จะหาข้อสรุปได้ยาก แล้วก็ทำงานไม่ดำเนินต่อไป...ถ้าเราตกลงกันไว้ แต่ยังมีคนที่ไม่ให้ความร่วมมือกับสิ่งที่เราคุยกัน จะทำงานไม่สามารทำได้...” (F-G11, F-G8, F-G5)

“...สัมพันธ์ภาพที่ดีภายในกลุ่ม เพราะว่าพอคนภายในกลุ่มสนิทกัน ...มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน

คุยกันเรื่องงานก็รู้เรื่อง เรื่องทุกอย่างก็ flow ไปได้ ถึงจะมีอุปสรรค พอสนิทกัน ก็สามารถช่วยเหลือ แก้ไข งานตรงนั้นได้ดี ทำให้บรรยากาศในการทำงานไม่ อึดอัด ...แต่จะทำให้สนุก ทุกข์ก็ทุกข์ด้วยกัน สนุกก็ สนุกด้วยกัน ขำด้วยกัน แก้ไม่ได้สักที...ก็ทำให้งาน smooth แล้วก็สำเร็จตามที่เรที่ตั้งใจกันไว้..." (F-G3, F-G4)

"...เพื่อนในกลุ่มจะมีความสามัคคี แล้วก็ ร่วมกันทำ ช่วยๆ กันทำ ทุกคนจะรับผิดชอบงานของ ตัวเอง โดยไม่โยนงานให้ใครคนใดคนหนึ่ง ต้องแบกไว้ รับไว้ แล้วทำคนเดียว...นอกจากจะทำในหน้าที่ของ ตัวเองแล้ว ยังจะต้องช่วยกันตรวจสอบ...หนูรู้สึกว่ เราให้ความร่วมมือกัน ทำให้งานภาพรวมเราออกมา ดี" (F-G7, F-G8)

3.3 สิ่งสนับสนุนการพัฒนางานวิจัย ซึ่งครอบคลุมถึงหนังสือ ตำรา ฐานข้อมูล สื่อโซเชียลที่ มีความพร้อม การมีเครือข่ายและงบประมาณ สนับสนุน จะส่งเสริมให้นักศึกษาพัฒนางานวิจัย ได้ดี ขึ้น ดังคำพูดต่อไปนี้

"...การเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ต้องการ ทำให้ สามารถสืบค้นไปทำวิจัยหรือต่อยอดงานวิจัยได้...เช่น การหาวิจัยหรือวารสารต่างๆ แล้วนำไปปรับใช้ในวิจัย ของกลุ่มได้ดีขึ้น..." (F-G11)

"...แหล่งข้อมูลที่ใช้ทำวิจัย เช่น ...การ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง บางครั้งถามจากรุ่นพี่ว่า หาจากในหนังสือ หรือว่าดู YouTube อะไร แล้วเราก็ จะได้แหล่งข้อมูลที่สามารถเอาไปตอบอาจารย์ได้ เพื่อที่จะพัฒนาวิจัยให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ ถูกต้อง..." (F-G8)

"...งบประมาณในการจัดงานวิจัย...ถ้ามี เงินสนับสนุน อาจจะได้นวัตกรรมที่ดีกว่านี้..." (F-G9, F-G1, M-G10)

"...การสร้างสัมพันธภาพกับนักศึกษา นอก สถาบัน...ตอนไปแข่ง...หนูทักทายทุกคน แลก IG กัน เผื่อมีอะไรปรึกษากันได้...หนูรู้จักเพื่อนจากคณะ วิศวกรรม ...เขามาช่วยแนะนำว่าควรเปลี่ยน code อย่างไรให้เหมาะกับนวัตกรรม..." (F-G7)

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพในระยะที่ 2 ได้ให้ คำอธิบายว่า ปัจจัยที่สนับสนุนให้นักศึกษาพัฒนา นวัตกรรมได้สำเร็จ ประกอบด้วย 1) การค้นหาข้อมูล และการร่วมคิดร่วมแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ 2) การ สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การทำงานเป็นทีม และการ บริหารจัดการที่ดี 3) สิ่งสนับสนุนการพัฒนางานวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงปริมาณในระยะที่ 1 ที่พบว่า นักศึกษาที่มีทักษะการพัฒนางานนวัตกรรมใน ระดับมากขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยของทักษะด้านการทำงาน ร่วมกันในระดับมากที่สุด และทักษะด้านการคิดอย่าง มีวิจารณญาณ ด้านความคิดสร้างสรรค์ และด้านการ สื่อสารอยู่ในระดับมาก

พฤติกรรมการสอนของอาจารย์ที่ ส่งเสริมการพัฒนางานนวัตกรรมของนักศึกษา พยาบาล

นักศึกษาพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลสำคัญสำหรับการ วิจัยเชิงคุณภาพ ได้สะท้อนพฤติกรรมการสอน ของอาจารย์ที่ส่งเสริมการพัฒนางานนวัตกรรมของ นักศึกษาพยาบาล แบ่งเป็น 2 ประเด็นดังนี้

1. การส่งเสริมให้นักศึกษามีองค์ความรู้ที่ เกี่ยวข้องกับกระบวนการวิจัยและเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ การทำนวัตกรรม การมีความรู้เกี่ยวกับการวิจัยและ เรื่องที่เกี่ยวข้องกับการทำนวัตกรรมจะช่วยเป็น พื้นฐานให้พัฒนางานนวัตกรรมได้ดี และช่วยให้สื่อสารได้ เข้าใจตรงกัน ดังคำพูดต่อไปนี้

"...หนูคิดว่าในการจัดการเรียนการสอน ภาควิชาญก็มีส่วนช่วย...ทำให้เราทำนวัตกรรมได้ดี ขึ้น เพราะว่าจะเป็นเรื่องในการปูพื้นฐาน... ตั้งแต่

วัตถุประสงค์ สมมุติฐาน ทำให้เราเข้าใจว่า เราควรตั้ง ปัญหาหรืออะไรอย่างไร ...” (F-G8, F-G7)

“...ก่อนที่จะเข้าเรียน Lab ทุกครั้ง...จะมีการอ่านหนังสือก่อน...รู้สึกว่าจะต้องมีความรู้มาก่อน บ้าง...เวลาอาจารย์ถามเราไม่ได้รู้ ไม่ได้เคยทำจริง แต่อย่างน้อยก็ยังไม่รู้ทฤษฎีบ้าง...ก็จะทำให้เข้าใจใน เบื้องต้นเวลาพูดถึง...” (F-G4)

“...หนูคิดว่าปัญหาพัฒนาการเด็กจะมีการ ส่งเสริมทักษะทางด้านไหนบ้างที่ไม่ใช่แค่กล้ามเนื้อมัด เล็กอย่างเดียว จึงไป ward เพื่อค้นหาข้อมูล...” (F-G3)

2. การจัดการเรียนการสอนเชิงรุก (active learning) โดยอาจารย์ผู้สอนมีการใช้วิธีการสอน ดังนี้

2.1 การชี้แนะและให้ทางเลือกเพื่อ กระตุ้นการคิดและให้ตัดสินใจ อาจารย์เป็นผู้ชี้แนะ โดยวิธีหาตัวอย่าง ตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้เกิดการคิด และให้เห็นประเด็นที่โดดเด่นของงานวิจัย รวมทั้งให้ โอกาสเลือกตัดสินใจในการดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง ดังคำพูดต่อไปนี้

“...อาจารย์เอางานวิจัยส่งมาให้ดูเป็น ตัวอย่างค่ะ ... เหมือนจะคอยสนับสนุนความคิดพวก เราค่ะ ซึ่งถ้าแนวคิดของพวกเราในแนวทางไหนที่มัน อาจจะไม่ดีหรือว่าไม่โอเค ท่านก็จะบอก แล้วก็จะ นำเพิ่มเติมค่ะ” (F-G1, F-G9)

“...อาจารย์จะให้นักศึกษา create งาน ด้วยตัวเองอย่างเต็มที่ก่อนค่ะ...และอาจารย์จะ guide ให้ทีหลังว่า จุดนี้น่าจะเป็นแบบนี้ใหม่ พวกเรา เห็นด้วยไหม ถ้าไม่เห็นด้วยก็เอาสิ่งที่ทำมาได้เลย ทำให้พวกหนูเห็นบางจุดที่อาจจะมองข้ามไปค่ะ ซึ่งจุด นั้นทำให้วิจัยของโดดเด่นขึ้นมา...” (F-G11, F-G5, F-G1)

“...อาจารย์ก็จะออกแนว guide...แล้ว ถ้ายิ่งคำถาม...เราตอบไม่ได้ อาจารย์ก็จะให้เป็น การบ้านมา แล้วในครั้งต่อไปก็ให้เรามาตอบคำถาม

ก็ทำให้เรารู้ว่าบทนี้ควรที่จะใช้อันนี้ ใช้อันนั้นหรือว่าดึง ส่วนไหนที่ในเนื้อหาหรือภาคทฤษฎีมาใช้ได้อย่าง ถูกต้องค่ะ...” (F-G3, F-G8)

2.2 การใช้คำถามนำเพื่อกระตุ้นการคิด อาจารย์ใช้คำถามจะกระตุ้นให้นักศึกษาค้นหาความรู้ เพิ่มเติม ก่อนที่จะตัดสินใจทำวิจัย จึงช่วยพัฒนาให้ งานวิจัยมีความถูกต้องชัดเจนตรงตามประเภทของการวิจัย ทำให้นักศึกษารู้จริงและรู้จักคิดมากขึ้น ดังคำพูดต่อไปนี้

“...อาจารย์ถามเพื่อเป็นการที่จะให้เรา ศึกษาหาข้อมูลเพื่อที่ว่าเราจะได้รู้จริง แล้วหนูคิดว่า เป็นการดีนะค่ะ สุดท้ายพวกหนูก็รู้กันทุกคน รู้กัน จริง...อาจารย์จะเป็นคนที่มีคำถามและก็ได้ให้คิด ทุกชั่วโมงที่ได้เจอกันค่ะ...หนูรู้สึกว่าทำได้อยู่วิจัยกับ อาจารย์ หนูจะต้องไปหาความรู้ให้มาได้เยอะๆ ก่อน ทำให้เราได้คิดมากขึ้น...” (F-G8)

2.3 การติดตามและให้ข้อมูลป้อนกลับ อาจารย์กำกับติดตามงานด้วย Gantt chart หรือ กำหนดเวลาส่งงานที่ชัดเจน พร้อมทั้งให้ข้อมูล ป้อนกลับเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนางานวิจัยให้ ถูกต้อง ดังคำพูดต่อไปนี้

“...อาจารย์เป็นคนที่ตรวจงานไว้มาก... ทำให้พวกหนูต้องรีบแก้แล้วก็ส่งมาให้อาจารย์ตรวจ อีกทีค่ะ เหมือนกับว่าเราต้องรีบให้ทันอาจารย์ให้ได้ ค่ะ ก็เลยทำให้พวกหนูได้นิสัยการส่งงานมาด้วยค่ะ ถ้าอาจารย์ comment มา แล้วเราจะต้องนัดคุยกัน เลยค่ะ เราจะต้องหาวันแก้ หนูก็รู้สึกว่าเป็นเรื่องดี ค่ะ...” (F-G8, F-G11)

2.4 การรับฟังนักศึกษา อาจารย์รับฟัง นักศึกษา ทำให้นักศึกษากล้าแสดงความคิดเห็น กล้า ขอความช่วยเหลือ ส่งผลให้การทำงานราบรื่นและ อยากรทำงานมากขึ้น ดังคำพูดต่อไปนี้

“...อาจารย์ของกลุ่มหนู คือรับฟังนักศึกษา ... ทำให้หนูรู้สึกว่าการที่อาจารย์รับฟัง มันทำให้เราปรึ้น อยากรจะทำงานมากขึ้นเพราะว่าทำให้เรากล้าจะพูดกล้าจะคิด...” (F-G5)

2.5 การเสริมแรง อาจารย์ชมเชยและให้กำลังใจ และมีการแสดงความชื่นชมทั้งในสถาบันการศึกษาและภายนอก ทำให้มีพลังในการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ นอกจากนี้อาจยังทำให้ได้แนวคิดมาพัฒนาต่อยอด และถ่ายทอดให้รุ่นน้องได้ดังคำพูดต่อไปนี้

“...การชมเชยกับสิ่งที่เราทำ พอเราได้รับคำชม อย่างเช่น ถูกต้องนะ ดีนะ เก่งมากเลย...จะยิ่งเสริมแรงให้รู้สึกที่เราทำได้ ณ จุดนี้ จุดต่อไปเราก็ต้องทำได้ ก็เป็นการเสริมแรงตัวเอง ทำให้เราอยากทำด้วยค่ะ” (F-G1)

“...ดีนะคะ ถึงไม่ได้รางวัลกลับมา ก็จะมีคนมาดูงานของเรา มาถาม มาได้ รู้สึกว่าดีที่มีคนอยากรู้งานของเรา แล้วก็ได้เห็นงานอื่นด้วย...เราสามารถเอามาพูดให้รุ่นน้องฟังและเป็นแนวคิดให้ทำต่อ เขาอาจจะมีย่อพลาดที่เราเอามาต่อยอดได้” (F-G7)

2.6 การให้เวลาในการให้คำปรึกษาที่เอื้อต่อการพัฒนางานวิจัยของนักศึกษา อาจารย์ผู้สอนมีการพบกลุ่มนักศึกษาอย่างต่อเนื่องโดยใช้หลายช่องทาง ได้แก่ Online, Onsite, chat line เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย หรือทำความเข้าใจในประเด็นต่างๆ รวมทั้งให้เวลาในการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาได้ตลอดเวลา จึงทำให้พัฒนางานได้ต่อเนื่องดังคำพูดต่อไปนี้

“...บางครั้งอาจารย์ก็จะ chat line มาแนะนำว่าจะต้องทำยังไง บางทีก็ส่ง clip อัดเสียงพูดมาครับ หลังจากนั้นกลุ่มผมก็ทำตามที่อาจารย์บอกแล้วก็มาร่วมกันแก้ไขครับ...” (M-G8)

“...ช่วงเวลา self-study ...ในช่วงไม่งนวัตกรรมที่อาจารย์จัดเวลาไว้ให้...เมื่ออาจารย์ feedback กลับมาให้ จำเป็นต้องเอาเวลานอกเข้ามาเสริม กลุ่มหนูเห็นประโยชน์ว่า ถ้าเราไม่มีเวลาร่างอย่างนี้ เราก็จะไม่สามารถทำนวัตกรรมให้พัฒนาออกมาได้ดี ...” (F-G3, F-G11)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาทักษะการพัฒนานวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยของทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมตามมุมมองของอาจารย์และนักศึกษาอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยของทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะด้านการทำงานร่วมกัน ทักษะด้านความคิดสร้างสรรค์ และทักษะด้านการสื่อสารอยู่ในระดับมาก เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผลการศึกษาประสบการณ์การพัฒนานวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ปัจจัยที่สนับสนุนให้นักศึกษาพัฒนานวัตกรรมได้สำเร็จ ประกอบด้วย 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การค้นหาข้อมูลและการร่วมคิดร่วมแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ 2) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การทำงานเป็นทีมและการบริหารจัดการที่ดี และ 3) การมีสิ่งสนับสนุนการพัฒนางานวิจัย จากข้อค้นพบทั้งสองส่วนอธิบายได้ดังนี้

การค้นหาข้อมูลและการร่วมคิดร่วมแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ในการเรียนการสอนวิชาวิจัยทางการแพทย์และนวัตกรรมทางการแพทย์ นักศึกษาเริ่มพัฒนาโครงร่างการวิจัยจากการค้นหาข้อมูลทั้งจากสถานการณ์จริงและการค้นคว้าตำราแล้วจึงคิดวิเคราะห์ ริเริ่มสร้างสรรค์ ออกแบบนวัตกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาที่สนใจศึกษา สอดคล้องกับแนวคิดของยอดขวัญ ชื่นบาน จตุพล ยงคร และ จักรกฤษณ์ โปณะทอง⁶ ที่กล่าวว่า การพัฒนานวัตกรรม ประกอบด้วย 5 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะการ

ค้นพบนวัตกรรม (innovation discovery skills) เป็นความสามารถในการค้นหาปัญหา ซึ่งต้องใช้ทักษะหลายทักษะ เช่น การสังเกต การค้นหาข้อมูล การคิดวิเคราะห์ และการคิดสร้างสรรค์ 2) ทักษะการเขียนโครงร่างนวัตกรรม (innovation definement skills) เป็นความสามารถในการระบุปัญหาที่สนใจและกำหนดโครงการนวัตกรรมที่มีรายละเอียด ซึ่งต้องมีความสามารถในการกำหนดการทำงานอย่างเป็นระบบ 3) ทักษะการออกแบบนวัตกรรม (innovation design skills) เป็นความสามารถในการออกแบบนวัตกรรมใหม่เพื่อสร้างผลงานที่เป็นรูปธรรมซึ่งต้องคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบและมีความคิดสร้างสรรค์ โดยเป็นที่ยอมรับของทีมและผู้ร่วมงาน 4) ทักษะการพัฒนาวัตกรรม (innovation development skills) เป็นความสามารถในการพัฒนาวัตกรรมเป็นต้นแบบที่เหมือนจริง ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงความคิดสู่การปฏิบัติ และ 5) ทักษะการนำนวัตกรรมไปใช้ (innovation deployment skills) เป็นการทดสอบนวัตกรรมโดยใช้กระบวนการวิจัย ดังนั้นผู้ที่มีทักษะดังกล่าวจำเป็นต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์ใช้จินตนาการและถ่ายทอดการใช้ทักษะในการสร้างสิ่งใหม่หรือนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้น ซึ่งเป็นความคิดขั้นสูงที่ต้องใช้การคิดขั้นพื้นฐาน อีกทั้งต้องใช้ความรู้ความเข้าใจหลายอย่างมาสังเคราะห์ร่วมกันจนเกิดแนวคิด¹³⁻¹⁴ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะด้านความคิดสร้างสรรค์ตามมุมมองของอาจารย์และนักศึกษาอยู่ในระดับมาก และนักศึกษาคิดเห็นว่าการพัฒนาวัตกรรมจำเป็นต้องศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง และการออกแบบนวัตกรรมจำเป็นต้องใช้ความคิดริเริ่มของผู้เรียนอย่างเต็มที่

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การทำงานเป็นทีมและการบริหารจัดการที่ดี เป็นปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการพัฒนาวัตกรรม เนื่องจากการ

จัดการเรียนการสอนมีการแบ่งกลุ่มออกเป็นกลุ่มย่อยตามความสมัครใจ นักศึกษามีความคุ้นเคย มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน การจะพัฒนานวัตกรรมจึงจำเป็นต้องมีการสื่อสารภายในทีมเพื่อให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน มีการวางแผนการทำงาน มีการกำหนดข้อตกลงในการทำงาน มีการแบ่งหน้าที่ มีการประชุมปรึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเป็นระยะ มีการยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังมีการใช้ application line เพื่อให้สื่อสารได้ง่ายและรวดเร็ว สอดคล้องกับแนวทางการสร้างนวัตกรรมสำหรับผู้เรียนที่ระบุว่า ทีมเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการพัฒนานวัตกรรม จำเป็นต้องมีทีมที่เข้าใจ สามารถแลกเปลี่ยนกันโดยไม่ห่วงความรู้สึกที่ตนเองมี และปรารถนาให้ผลงานเกิดขึ้นจากความร่วมมือร่วมใจของทีม เมื่อมีกิจกรรมที่ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลการอภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดร่วมกันการทำงานเป็นกลุ่ม กระบวนการเหล่านี้จะส่งเสริมสนับสนุนและกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการระดมความคิด และนำมาสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน ถ้าสมาชิกในทีมมีทักษะการสื่อสารที่ดี จะทำให้งานมีประสิทธิภาพ และเกิดการทำงานเป็นทีม ซึ่งเป็นบรรยากาศการเรียนรู้ที่เอื้อต่อการพัฒนาทักษะการสร้างสรรค์และนวัตกรรม^{13, 15-16} สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ทักษะด้านการทำงานร่วมกันตามมุมมองของนักศึกษาอยู่ในระดับมากที่สุด และทักษะด้านการสื่อสารตามมุมมองนักศึกษาอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้นักศึกษายังมีความคิดเห็นว่ามีแม้จะมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน แต่การสื่อสารกันในทีมและการยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกันช่วยกันทำงาน เป็นปัจจัยที่ทำให้งานสำเร็จ

การมีสิ่งสนับสนุนการพัฒนางานวิจัย การมีหนังสือ ตำรา ฐานข้อมูล สื่อโซเชียลที่มีความพร้อม การมีเครือข่ายและงบประมาณสนับสนุน จะส่งเสริม

ให้นักศึกษาพัฒนานวัตกรรมได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของภราดร ยิ่งยวด และคณะ¹⁷ พบว่า สิ่งอำนวยความสะดวกเทคโนโลยีสารสนเทศดิจิทัล แหล่งข้อมูลเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนรู้ โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐาน เนื่องจากช่วยอำนวยความสะดวกต่อการกระบวนการเรียนรู้ สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลสารสนเทศ ฐานข้อมูลทางวิชาการออนไลน์ (online) ได้อย่างสะดวกรวดเร็ว และสามารถทำได้ทุกเวลา ทำให้ได้มาซึ่งความรู้ ข้อมูลที่ต้องการนำมาใช้ประกอบการเรียนรู้ของตนเองได้อย่างดี ส่วนการมีเครือข่าย กับบุคคลหลากหลายอาชีพ จะทำให้ได้มุมมองสะท้อนกลับที่แตกต่างออกไป ทำให้เกิด “ความคิดกระตุ้นความคิด” ทำให้ต่างฝ่ายได้ประโยชน์ในการคิดค้นแนวปฏิบัติใหม่ๆ ของตน หรือแม้แต่คิดค้นนวัตกรรมที่ขยายผลสู่คนในวงกว้างได้¹⁸

ผลการศึกษาพฤติกรรมการสอนของอาจารย์ที่ส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล แบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ 1) การส่งเสริมให้นักศึกษามีองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการวิจัยและเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการทำนวัตกรรม และ 2) การจัดการเรียนการสอนเชิงรุก (active learning) อธิบายได้ดังนี้

การส่งเสริมให้นักศึกษามีองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการวิจัยและเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการทำนวัตกรรม จะเป็นพื้นฐานในการพัฒนานวัตกรรมได้ดี เนื่องจากความรู้ที่มีอยู่เดิมและความรู้ที่สืบค้นเพิ่มเติมเพื่อนำมาใช้ออกแบบนวัตกรรมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุดที่ใช้เป็นต้นทุนของการคิดเชิงออกแบบ ถ้าผู้เรียนสร้างสรรค์นวัตกรรมโดยมีความรู้ไม่เพียงพอ จะทำให้ผู้เรียนเสียโอกาสและใช้วิธีลองผิดลองถูกโดยไม่จำเป็น¹³ โดยความรู้ที่สามารถสร้างสรรค์นวัตกรรมได้ ต้องเป็นความรู้สร้างสรรค์ที่เกิดจากการนำความรู้แสวงหา ซึ่งเป็นความรู้พื้นฐานที่ได้จากในชั้นเรียนและแหล่งการเรียนรู้ต่างๆ และ

ความรู้เฉพาะทาง ซึ่งเป็นความรู้ในเชิงลึกและกว้าง ซึ่งผู้เรียนสามารถนำมาบูรณาการให้ได้ความรู้ใหม่¹⁵

การจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุก โดยอาจารย์ใช้คำถามกระตุ้นให้เกิดการคิด มีการชี้แนะให้ทางเลือกเพื่อกระตุ้นให้เกิดการคิดตัดสินใจ มีการรับฟัง การติดตาม ให้ข้อมูลย้อนกลับ มีการเสริมแรง และให้เวลาในการให้คำปรึกษา เป็นวิธีการสอนที่ส่งเสริมการคิดสร้างสรรค์นวัตกรรม เนื่องจากผู้สอนเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้เรียนแสวงหาความรู้และสร้างแนวคิดในการนำแนวคิด (concept) ที่เรียนมาออกแบบและสร้างสรรค์นวัตกรรม โดยผู้สอนมีบทบาทในการโค้ชและอำนวยความสะดวกให้ผู้เรียนใช้ศักยภาพในการเรียนรู้ด้วยการชี้แนะ ให้คำแนะนำ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างสร้างสรรค์ โดยการสื่อสารเชิงบวก เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาตนเอง มีแรงบันดาลใจในการเรียนรู้ ซึ่งตรงกับลักษณะของการเรียนรู้เชิงรุก โดยผู้เรียนปฏิบัติกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยความกระตือรือร้น จนเกิดความรู้ความเข้าใจ และสามารถพัฒนาไปสู่การเรียนรู้เชิงลึก (deep learning) ที่ผู้เรียนนำความรู้ความเข้าใจและความสามารถด้านต่างๆ มาเชื่อมต่อเข้าด้วยกันและนำไปประยุกต์ใช้หรือสร้างสรรค์นวัตกรรม^{13, 18} ซึ่งตรงกับนิยามการจัดการเรียนรู้ตามทฤษฎีการสร้างความรู้หรือคอนสตรัคติวิสต์ (constructivist theory) ผลจากการปฏิบัติกิจกรรมหรือลงมือทำ จะทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้และเกิดประสบการณ์ และในขณะเดียวกันผู้เรียนต้องใช้กระบวนการคิดขั้นสูง ได้แก่ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินค่าในสิ่งที่กำลังทำอยู่¹⁹ ดังนั้นจึงส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) สถาบัน/ผู้บริหารสถาบันการศึกษา ควรจัดเตรียมสิ่งสนับสนุนให้พร้อมและเพียงพอต่อการใช้งาน เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาสามารถพัฒนานวัตกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร ควรนำปัจจัยที่สนับสนุนให้นักศึกษาพัฒนานวัตกรรมได้สำเร็จไปวางแผนจัดการเรียนรู้และพัฒนาหลักสูตรเพื่อให้ นักศึกษามีทักษะในการพัฒนานวัตกรรม ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21

3) อาจารย์ผู้สอน ควรจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุก (active learning) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เรียน

ข้อจำกัดของการวิจัย

งานวิจัยนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากสถาบันการศึกษาเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจมีบริบทการเรียนการสอนเฉพาะตัว นอกจากนี้ยังเก็บข้อมูลจากนักศึกษาที่มีทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมอยู่ใน

ได้ลงมือปฏิบัติและฝึกใช้ความคิดขั้นสูง เพื่อให้ นักศึกษามีทักษะการพัฒนานวัตกรรม

การทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาโดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากหลายสถาบัน และควรศึกษาในผู้เรียนที่มีทักษะการเรียนรู้ในระดับปานกลาง/ต่ำ นอกจากนี้ควรศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา (research and development) ในประเด็นเกี่ยวกับการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะสร้างสรรค์ และสมรรถนะการพัฒนานวัตกรรมทุกมิติในบริบทของสถาบันการศึกษาพยาบาล และระดับมหาวิทยาลัย เพื่อให้เป็นต้นแบบองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนานวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพในอ

ระดับมากขึ้นไปเพียงกลุ่มเดียว ดังนั้นจึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้กับนักศึกษาที่มีทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในระดับปานกลางหรือต่ำ อีกทั้งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากหลายสถาบัน

References

1. Ekin F, Gungormus Z. Entrepreneurial feelings and potentials with opinions on innovation in nursing education of nursing students. Int. J. Caring Sci. 2019;12(1): 107-23.
2. Demirel N, Turan N. Relationship between individualized care perception and innovativeness among final-year nursing students. PPC. 2021;57: 891-9.
3. Cusson RM, Meehan C, Bourgault A, Kelley T. Educating the next generation of nurses to be innovators and change agents. J. Prof. Nurs. 2020;36(2): 13-9.
4. Asurakkody TA, Kim SH. Effect of knowledge sharing behavior on innovative work behavior among nursing students: Mediating role of self-leadership. IJANS. 2020;12: 100-9.
5. Reyhan F, Kabakci EN, Celik N, Sayiner FD. Opinions of midwifery and nursing students about the level of individual innovativeness and innovation in education. Int. J. Caring Sci. 2018;11(2): 977-84.
6. Yodkhwan Cheunbun, Chatupol Yongsorn, Chakrit Ponatong. An educational needs assessment for enhancing innovative skills in nursing students. J. Health Sci. Res. 2022;16(3): 162-73. Thai.
7. Vicharn Panich. The way to encourage learning for student in 21st century. Walailak Journal of Learning Innovations. 2017;1(2):3-14. Thai.

8. Liu HY, Chang CC, Wang IT, Chao SY. The association between creativity, creative components of personality, and Innovation among Taiwanese nursing students. *Think. Ski. and Creat.* 2020;35: 1-9.
9. Doungnetre Thummakul, Masarin Sukolpuk. Innovation and creative work in nursing: a challenging turning point in teaching and learning. *Journal of health and nursing research.* 2020;36(3): 284-92. Thai.
10. Chai Podhisita. *Science and art of qualitative research.* 4th ed. Bangkok: Amarin Corporations Public Company Limited; 2009. Thai.
11. Chonthida Thephinlap, Narin Nonthamand, Narissara Suaklay, et al. A Confirmatory Factor Analysis of Learning and Innovation Skills (4Cs) of Student at University of Phayao. *Academic Journal of MBU; Lanna Campus.* 2022;11(1):65-76. Thai.
12. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ. Today.* 2004;24: 105-112.
13. Vichai Wonghai, Marut Phatphon. *Creative learning.* 4th ed. Bangkok: Charansanitwong Printing Co., Ltd.; 2024. Thai.
14. Theerapong Janprieng, Janewit Wareebor, Vatcharaporn Ketchang. The development critical thinking and problem-solving skill with online learning management based on the flipped classroom concept. *ISSC.* 2023; 6(4): 53-64. Thai.
15. Noawanit Songkram. *Creating innovation-Change learner to be innovator.* 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2019. Thai.
16. Phuwadon Chulasukhont. The communication skill development of students in Bachelor of Education program by using active learning. *JOBUE.* 2024; 6(1): 33-42. Thai.
17. Paradorn Yingyoud, Pramote Thangkratok, Warinya Attham, Natthapan Phlanthanyakam, Winai Trinattawan. A Study of innovation-based learning for nursing students in the 21st Century. *J Health Sci BCNSP.* 2020; 4(2): 101-21. Thai.
18. Karuna Wongtienlai. The role of nursing teachers in enhancing innovators' competency among Baccalaureate nursing students. *RTN Med J.* 2023; 50(1): 204-17. Thai.
19. Pimpan Dechakupt, Payao Yindeesuk. *Writing the Child-Centered integrated planning.* 5th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2017. Thai.

การพัฒนารูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองในพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสงฆ์

นงลักษณ์ จิระประภาพงศ์* พย.ม. (บริหารการพยาบาล)
 กัญญา สีนานอก** พย.บ. (พยาบาลศาสตร์)
 วิวัฒน์ เหล่าชัย*** พร.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)

(รับ: 29 กันยายน 2568, แก้ไข: 31 ตุลาคม 2568, ตอรับ: 30 พฤศจิกายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองในพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ดำเนินการ 3 ระยะ: (1) ศึกษาสถานการณ์ (2) พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ และ (3) ประเมินผลรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ 8 คน และพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 45 รูป เครื่องมือวิจัย คือ รูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองฯ มีค่าความตรงของเนื้อหา .93 เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง (3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต และ (4) แบบประเมินความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่าความตรงของเนื้อหา .92, .96 และ .94 ตามลำดับ และมีค่า Cronbach's alpha coefficients .88, .92 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย (1) การคัดกรอง และการประเมิน (2) การให้ความรู้ และการแนะนำ (3) การสนับสนุนระดับการดูแล (4) การติดตามอย่างต่อเนื่อง การประเมินผลการใช้รูปแบบฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.85, p < .001$ และ $t = 11.79, p < .001$ ตามลำดับ) ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังใช้รูปแบบฯ ลดลงต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.35, p < .001$) แสดงว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพที่ดี สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับการจัดการโรคเรื้อรังในบริบทที่มีความจำเพาะอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พระสงฆ์ รูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเอง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสงฆ์

Corresponding author; E-mail: nongluck.j43@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสงฆ์

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Development of a Self-Management Support Model for Elderly Buddhist Monks with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Priest Hospital

Nongluck Jiraprapapong*	M.N.S. (Nursing Administration)
Kungana seenanok**	B.N.S. (Nursing Science)
Wiwat Laochai***	Ph.D. (Applied Behavioral Research)

(Received: September 29, 2025, Revised: October 31, 2025, Accepted: November 30, 2025)

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate the effectiveness of a self-management support model for elderly Buddhist monks with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The study was conducted in 3 phases: (1) situation analysis; (2) model development and trial; (3) model evaluation. The purposive sample was recruited and consisted of 8 healthcare professional and 45 Buddhist monks with COPD. The research instrument was a self-management support model, yielding a content validity index of .93. Data collection tools consisted of (1) demographic data questionnaire; (2) self-management behavior assessment questionnaire; (3) quality of life questionnaire; and (4) COPD severity assessment questionnaire, yielding content validities of .92, .96, and .94, respectively, and Cronbach's alpha coefficients of .88, .92, and .90, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The research results revealed that the developed self-management support model for elderly monks with COPD consisted of (1) screening and assessment; (2) knowledge provision and counseling; (3) care level support, and (4) continuous monitoring. The model implementation demonstrated that the mean scores of self-management behaviors and quality of life of the monks were significantly higher than before using the model ($t = 8.85, p < .001$ and $t = 11.79, p < .001$, respectively). The severity of COPD after using the model was significantly decreased comparing to before using the model ($t = -4.35, p < .001$). The findings indicated that the developed model was effective and could be used as a guideline for the management of chronic diseases in other specific contexts.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Monks, Self-Management Support Model

* Professional Nurse Specialist, Priest Hospital Corresponding author; E-mail: nongluck.j43@gmail.com

** Professional Nurse Specialist, Priest Hospital

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Kasetsart University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคในระบบทางเดินหายใจที่เป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพของทุกประเทศทั่วโลก¹ รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น สถิติองค์การอนามัยโลกระบุว่าผู้ป่วยโรค COPD ที่มีความรุนแรงระดับปานกลางถึงรุนแรงทั่วโลกมี 65 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 4 ล้านกว่าคน ในปี พ.ศ. 2555 หรือร้อยละ 6 เป็นลำดับที่ 4 ของการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อทั้งหมดทั่วโลก และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มมากกว่าร้อยละ 30 คิดเป็นลำดับที่ 3 ของโลก² ในประเทศไทยจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ณ วันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2566 พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2564-2566 มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 1,655 ราย 1,824 ราย และ 2,463 ราย ตามลำดับ โดยมีผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล 10 ราย 25 ราย และ 23 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราเสียชีวิตผู้ป่วยในประมาณ 6.0, 13.7 และ 9.3 ต่อผู้ป่วยใน 1,000 ราย ตามลำดับ หรือเฉลี่ย 9.8 ต่อผู้ป่วยใน 1,000 ราย (0.98%) ทั้งนี้แม้อัตราเสียชีวิตอาจไม่สูงมาก แต่มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และส่วนใหญ่พบว่าอัตราการเสียชีวิตอยู่ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป³ สถิติในโรงพยาบาลสงฆ์ พระสงฆ์อาพาธสูงอายุเข้ารับการรักษาโรค COPD ในปี พ.ศ. 2565 และ 2566 พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 60-89 ปี คิดเป็นร้อยละ 83.7 ของพระสงฆ์อาพาธโรค COPD ทั้งหมดในโรงพยาบาลสงฆ์ ปี พ.ศ. 2564-2566 มีอัตราการเข้ารับบริการรักษาซ้ำใน 28 วัน (Re-visit) ร้อยละ 14.57, 15.88 และ 25.09 ตามลำดับ อัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง (Re-admission) ปี 2564-2566 ร้อยละ 7.89, 9.09 และ 10.92 ตามลำดับ⁴ โดยปัจจุบันแนวโน้ม

พระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรค COPD มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โรค COPD พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ อาการรุนแรงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดลมและเนื้อปอด โดยมีการทำลายผนังถุงลม มีการยืดขยายหรือถูกฉีกขาด ทำให้ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดเสียไป หลอดเลือดฝอยที่ผนังถุงลมถูกทำลายไปบางส่วน เกิดการอักเสบและหดเกร็งของหลอดลม ทำให้อุดกั้นทางเดินหายใจ ส่งผลให้การระบายอากาศภายในปอดหรือสมรรถภาพปอดลดลง ร่วมกับวัยสูงอายุมีการเสื่อมของร่างกาย รวมทั้งระบบทางเดินหายใจมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน ส่งผลให้สมรรถภาพปอดของผู้สูงอายุเสื่อมลงมากขึ้นกว่าวัยอื่นๆ⁵ เมื่อโรคกำเริบทำให้มีอาการเหนื่อยหอบ แบบแผนการหายใจเปลี่ยนแปลงส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง มีข้อจำกัดในการจัดการตนเองและเชื่อมั่นในความสามารถตนเองลดลง กลัวว่าจะเกิดการหอบเหนื่อยและหายใจลำบากมากขึ้นขณะออกแรง จึงทำให้หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมต่างๆ ถึงแม้ร่างกายสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้

ผู้ป่วยโรค COPD ที่มีการจัดการตนเองไม่ถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลต่ออาการของโรค จากการทบทวนการดำเนินงานที่ผ่านมาของทีมดูแลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลสงฆ์ (Patient Care Team: PCT) พบว่า สาเหตุหลักของการกลับมารักษาซ้ำ (Re-visit) และการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission) เกิดจากพฤติกรรมจัดการตนเองไม่ถูกต้อง ได้แก่ การเลิกลุหรี่ไม่สำเร็จ การไม่บริหารร่างกาย การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมไม่ถูกวิธี และการดูแลสุขภาพทั่วไปที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้พระสงฆ์อาพาธได้รับยาเข้าสู่ปอดน้อย มีโอกาสติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เกิดการกำเริบอย่างรุนแรง จำเป็นต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำบ่อยครั้ง ปัญหาเหล่านี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบ

สนับสนุนที่ครอบคลุมทั้งด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดการตนเอง จึงมีความสำคัญต่อการลดอาการหายใจลำบาก⁷⁻⁸ ลดอัตราการกำเริบและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ⁹ แม้ว่าการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรค COPD มีการพัฒนาการดูแลทางการแพทย์มาอย่างต่อเนื่อง แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า งานวิจัยที่ผ่านมา ยังขาดรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับพระสงฆ์ที่บูรณาการความรู้ทางการแพทย์ เข้ากับหลักพระธรรมวินัยและบริบทของพระสงฆ์ โดยเฉพาะในกลุ่มพระสงฆ์อาพาธสูงอายุ ซึ่งมีข้อจำกัดเฉพาะด้านทั้งพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม โดยรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค COPD ได้^{7,8} พระสงฆ์อาพาธโรค COPD จึงควรได้รับการสนับสนุนให้มีการจัดการตนเองอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง และเป็นรูปแบบที่ชัดเจน ตามแนวทางปฏิบัติการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease; GOLD (2023)¹

ผู้วิจัยจึงประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow และคณะ¹⁰ ซึ่งนำแนวคิดมาใช้ในผู้ป่วยโรค COPD ได้รับการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล¹¹⁻¹⁴ โดยใช้กลยุทธ์ 5 เอ (5 A's Behavior Change Modal Adapted for Self-Management Support) ที่เหมาะสมสำหรับพยาบาลในการสนับสนุน ส่งเสริมการจัดการตนเองของพระสงฆ์อาพาธ ให้มีความมั่นใจ มีการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อควบคุมอาการของโรคหรือภาวะต่างๆ ที่กำลังเผชิญอยู่ พร้อมทั้งชะลอภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กลยุทธ์ 5 A's

ประกอบด้วยหลักการดูแล 5 ประการ 1) การประเมิน (Assess) ภาวะสุขภาพ ความเชื่อ แรงจูงใจ รวมทั้งวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อค้นหาปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยที่เป็นปัญหา อุปสรรคที่เป็นข้อจำกัดต่อการเสริมสร้างศักยภาพในการจัดการตนเอง 2) การแนะนำให้คำปรึกษา (Advise) ให้ความรู้ คำแนะนำ ให้ข้อมูลข่าวสารที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคและความต้องการ 3) การยอมรับ (Agree) การวางแผนการดูแล การตั้งเป้าหมายร่วมกันที่เป็นไปได้ระหว่างพระสงฆ์อาพาธ และทีมสุขภาพ กำหนดแผนปฏิบัติที่ชัดเจนเหมาะสมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ 4) การช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) การเลือกสรรกลวิธีที่เหมาะสมให้กับพระสงฆ์อาพาธ การประเมินจากระยะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of change) ให้ความรู้ ฝึกทักษะ ค้นหาแหล่งประโยชน์ แนะนำแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ เสริมทักษะการจัดการกับปัญหา รวมทั้งช่วยปรับเปลี่ยนการจัดการตนเองที่ยังเป็นปัญหาสุขภาพ และ 5) การติดตามประเมินผล (Arrange) กระตุ้น ชี้แนะ ให้กำลังใจและสร้างแรงจูงใจให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เป็นวิธีการส่งเสริมให้การจัดการตนเองประสบความสำเร็จ บูรณาการเข้ากับบริบทการดูแลพระสงฆ์อาพาธในโรงพยาบาลสงฆ์ ร่วมกับแนวคิดการพัฒนารูปแบบการดูแลในประเทศไทย¹⁵ เพื่อพัฒนารูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรค COPD โดยมุ่งหวังให้เป็นแนวทางที่ชัดเจน เพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเอง ลดการกำเริบของโรค และยกระดับคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์อาพาธได้อย่างยั่งยืน

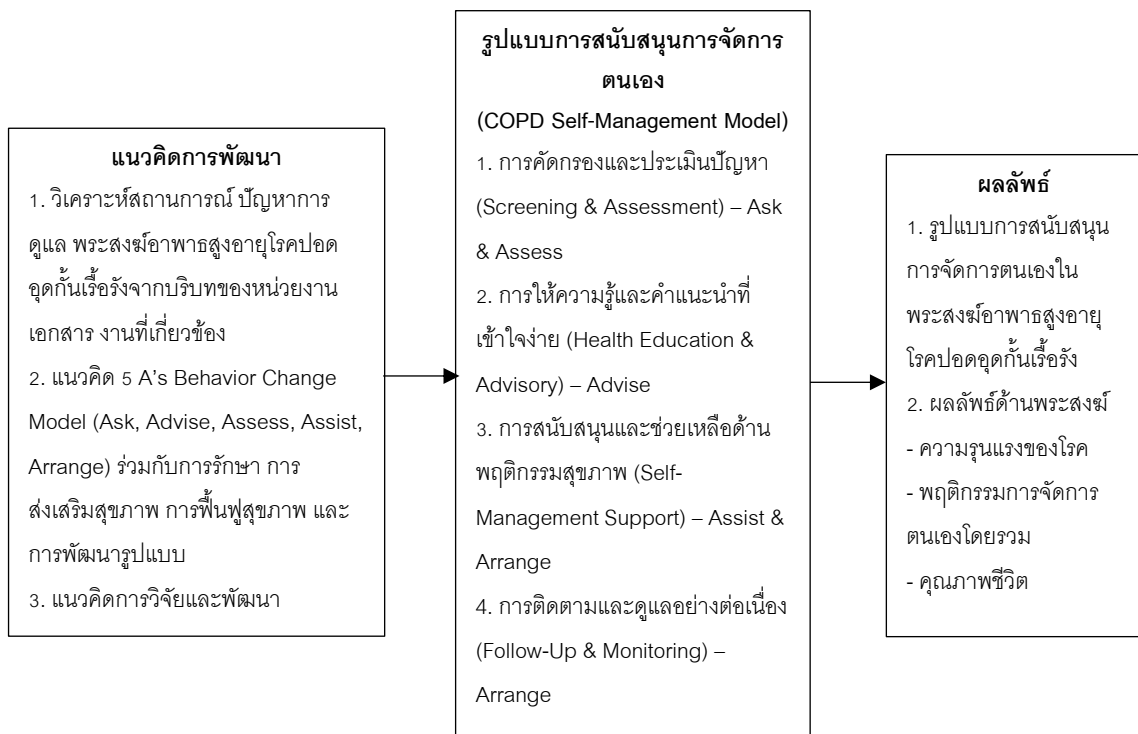
วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองในพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสงฆ์

กรอบแนวคิด

การวิจัยและพัฒนานี้ ใช้แนวคิด 5 A's Behavior Change Model¹⁰ ซึ่งประกอบด้วย Ask (การสอบถามและประเมิน) Advise (การให้คำแนะนำ) Assess (การประเมินความพร้อม) Assist (การให้ความช่วยเหลือ) และ Arrange (การจัดระบบติดตาม) ร่วมกับการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคในการดูแลพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรค COPD บูรณาการกับแนวทาง

พัฒนารูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเอง¹⁵ และกระบวนการวิจัยและพัฒนาตามแนวคิดการพัฒนาสถานการณ์ (Situation คุณภาพอย่างต่อเนื่อง¹⁶ มีขั้นตอน ดังนี้ 1) การวิเคราะห์ Analysis) 2) การพัฒนารูปแบบบริการ (Development) 3) การนำรูปแบบไปใช้ (Implementation) และ 4) การประเมินผลสัมฤทธิ์ของการใช้รูปแบบ (Evaluation) และเชื่อมโยงกับการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองในพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสงฆ์ ดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 - เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วยบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ที่รับผิดชอบดูแลพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และ พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษาวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจงประกอบด้วย

1) บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ 8 คน เป็นบุคลากรที่รับผิดชอบดูแลพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) มีประสบการณ์ทำงาน 5 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 คน พยาบาล 2 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน และนักโภชนาการ 2 คน เป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาสถานการณ์ปัญหา และความต้องการ

2) พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ มี 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ จำนวน 10 รูป มีสติสัมปชัญญะดี สามารถให้ข้อมูลได้ และมีความสมัครใจเข้าร่วมการให้ข้อมูล 2) กลุ่มที่ได้รับการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น นำร่องจำนวน 5 รูป และ 3) กลุ่มประเมินผลการใช้รูปแบบ 30 รูป โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 3.1) พระสงฆ์ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3.2) อายุ 60 ปีขึ้นไป 3.3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ 3.4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมที่รุนแรง และ 3.5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) พระสงฆ์อาพาธที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ อัตราการหายใจ > 24 ครั้ง/นาที มีอาการหายใจเหนื่อยมากขึ้น หายใจแบบห่อปาก ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ 2) SpO₂ < 90% ไอบหรือมีเสมหะเพิ่มขึ้น แน่นหน้าอก หรือมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน อาการรุนแรงจนไม่สามารถประกอบกิจของสงฆ์หรือทำกิจกรรมตามรูปแบบได้ในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย และ 3) มีความประสงค์ต้องการออกจากการศึกษา

การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power Analysis กำหนดให้ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.56 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และ Power $(1-\beta) = 0.80$ ได้ขนาด

กลุ่มตัวอย่าง 27 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการศึกษา ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน

จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์ เลขที่ 07/2567 รับรอง ณ วันที่ 27 สิงหาคม 2567 พัทธสิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างดำเนินการกิจกรรมการวิจัย หากตัวอย่างมีอาการเหนื่อย หรือรู้สึกไม่สบาย ให้มีการหยุดพัก ผ่อนคลาย จนกว่าอาการดีขึ้น และมีความพร้อมที่จะดำเนินการวิจัยต่อไป พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของตัวอย่างในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ตัวอย่างยังได้รับการรักษาตามมาตรฐาน และผู้วิจัยชี้แจงว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยและนำเสนอในภาพรวม

เครื่องมือการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ รายละเอียด ดังนี้

1. **เครื่องมือดำเนินการวิจัย** ได้แก่ รูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองในพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสงฆ์ และคู่มือการจัดการตนเอง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI 0.93 พัฒนามาจากกรอบแนวคิด 5 A's Behavior Change Model ของ Glasgow และคณะ (2006)¹⁰ ร่วมกับการสังเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคในการดูแลพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรค COPD เพื่อให้ข้อมูลความรู้ และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการป้องกัน

การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ภายหลังการนำ COPD-Self Management Model ไปทดลองใช้ เบื้องต้นกับพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรค COPD ผู้วิจัย ได้นำผลลัพธ์และข้อเสนอแนะมาวิเคราะห์และปรับปรุง จนได้เป็น รูปแบบ COPD-Self Management Model ฉบับสมบูรณ์ ซึ่งมีโครงสร้างครอบคลุม 4 ด้านตาม แนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (ตารางที่ 1) และมีการจัดระดับการดูแลตามศักยภาพของ พระสงฆ์ ได้แก่ 1) กลุ่มที่สามารถดูแลตนเองได้ 2) กลุ่มที่ต้องการการช่วยเหลือบางส่วน และ 3) กลุ่มที่ ต้องการการดูแลใกล้ชิด โดยรูปแบบนี้ ใช้เวลา 8 สัปดาห์ มี 5 กิจกรรม คือ 1) การประเมินและให้ คำแนะนำรายบุคคล 2) การฝึกปฏิบัติ 3) การส่งเสริม สุขภาพ 4) การติดตามต่อเนื่อง และ 5) การสนับสนุน ด้านโภชนาการ โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การประเมินและให้คำแนะนำ รายบุคคล ตามแนวทาง 5 A's เพื่อวิเคราะห์สภาพ ปัญหาและวางแผนการดูแลเฉพาะราย ดำเนินการ ระหว่างรอพบแพทย์ ก่อนเข้าห้องตรวจ ใช้เวลา 30 นาที

กิจกรรมที่ 2 การฝึกปฏิบัติ เช่น การใช้ยา พ่นอย่างถูกต้อง การฝึกหายใจแบบ pursed-lip และ

การบริหารปอดเพื่อเพิ่มสมรรถภาพการหายใจ ดำเนินการหลังจากพบแพทย์และระหว่างรอรับยา ใช้ เวลา 10-15 นาที

กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การ จัดกิจกรรมเลิกลุหรี่ การบริหารร่างกายที่เหมาะสม และการปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ดำเนินการหลังให้คำแนะนำ หลังการรับยา ใช้เวลา 10 นาที

กิจกรรมที่ 4 การติดตามต่อเนื่อง ผ่านการ เยี่ยมวัด การโทรศัพท์สอบถามอาการ และการส่ง ข้อความเตือนเพื่อเสริมแรงใจ การโทรศัพท์ใช้เวลา 5-7 นาทีต่อครั้ง การส่งข้อความเตือน ผ่านการ พิจารณารายละเอียด ความเหมาะสมและความ เป็นไปได้จากการสัมภาษณ์พระสงฆ์อาพาธแล้ว ส่วนการเยี่ยมวัดเพื่อสอบถามการปฏิบัติตามแนวทาง ของรูปแบบฯ ใช้เวลา 20-30 นาที

กิจกรรมที่ 5 การสนับสนุนด้านโภชนาการ ให้คำแนะนำการเสริมโปรตีนและการจัดมื้ออาหารให้ สอดคล้องกับวิถีชีวิตพระสงฆ์ โดยนักโภชนาการให้ ความรู้ระหว่างรอรับยาหรือหลังพบแพทย์ ใช้เวลา 10 นาที

ตารางที่ 1 รูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองในพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แยกตามศักยภาพ ของพระสงฆ์

ด้าน	กิจกรรม	กลุ่มที่ 1 สามารถดูแลตนเองได้	กลุ่มที่ 2 ต้องการช่วยเหลือบางส่วน	กลุ่มที่ 3 ต้องการดูแลใกล้ชิด
1. Ask & Assess การคัดกรองและประเมิน	- ใช้ COPD Assessment - แบบประเมิน CAT และ mMRC - แบ่งระดับการดูแล	ประเมินตนเองได้ ใช้ Passport ได้	ประเมินร่วมกับบุคลากร	ประเมินโดยบุคลากรใกล้ชิด
2. Advise ให้ความรู้และคำแนะนำ	- คู่มือดูแลตนเอง - อบรมเรื่องยาพ่น บริหารปอด โภชนาการ เลิกลุหรี่	ส่งข้อมูลผ่าน Line และวิดีโอดิจิทัล	จัดอบรมกลุ่มย่อยร่วมกับพระภิกษุ/ภิกษุณี/พระลูกวัด/ญาติ	สอนแบบตัวต่อตัว พร้อมอุปกรณ์ช่วยเตือนในกุฏิ

ตารางที่ 1 รูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองในพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แยกตามศักยภาพของพระสงฆ์ (ต่อ)

ด้าน	กิจกรรม	กลุ่มที่ 1 สามารถดูแลตนเองได้	กลุ่มที่ 2 ต้องการช่วยเหลือบางส่วน	กลุ่มที่ 3 ต้องการดูแลใกล้ชิด
3. Assist & Arrange การสนับสนุนและช่วยเหลือ	- ไลน์โทรศัพท์ ติดตามอาการ - เยี่ยมวัด ส่งยา อาหารเสริม - โปรตีนสำหรับที่ขาดสารอาหาร - คลินิกเลิกบุหรี่ - พระต้นแบบสร้างแรงบันดาลใจ เลิกบุหรี่	- สนับสนุนผ่านสื่อ ดิจิทัล การเข้าถึงสื่อ ความรู้ทาง You tube และจัดวัคซีนประจำปี	- เยี่ยมติดตามทุก 2 เดือนโดยทีมพยาบาล	- ทีมสหวิชาชีพถวาย คำแนะนำที่ โรงพยาบาล และ เยี่ยมวัด
4. Follow-Up & Monitoring การติดตาม ต่อเนื่อง	- ติดตามผ่านไลน์โทรศัพท์ - แจ้งเตือนฝึกบริหารปอด - พระศิลาบุญฐานามีส่วนร่วม	- รายงานสุขภาพด้วย ตนเองผ่านไลน์	- โทรติดตาม สังเกต อาการ	- เยี่ยมวัดรายเดือน ร่วมกับเจ้าอาวาสและ พระศิลาบุญฐานา

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์

1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) พระสงฆ์อาพาธโรค COPD เกี่ยวกับการรับรู้สถานการณ์ในการดูแลสุขภาพ การดูแลตนเองที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันโดยเน้นด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ปัญหาที่พบ การสนับสนุนที่ได้รับ และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสม

2) การสนทนากลุ่ม (Focus group) กับสหสาขาวิชาชีพในการดูแลพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรค COPD แนวทางการสนทนา ได้แก่ ความท้าทายในการดูแลพระสงฆ์อาพาธ COPD ระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ข้อจำกัดที่พบ บทบาทของทีมนสหวิชาชีพในการดูแล และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสม

2.2 ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ประเมินความเหมาะสมและทดลองใช้รูปแบบ

1) แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ประเมิน ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความครบถ้วนของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สำหรับพระสงฆ์อาพาธ 5 รูป ที่เข้าร่วมทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพ การใช้รูปแบบ ความสะดวก และข้อจำกัดที่พบ

3) แบบบันทึกการทดลองใช้รูปแบบ เช่น ความร่วมมือในการปฏิบัติ อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

2.3 ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบฯ

1) แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป (อายุ ระยะเวลาบวช การศึกษา ดัชนีมวลกาย) ประวัติโรค COPD (ความรุนแรง ระยะเวลา การรักษา)

2) แบบประเมินระดับความรุนแรงของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม หรือการประเมินการหายใจลำบาก (Medical research council dyspnea scale: mMRC)¹⁷ แบ่งระดับการหายใจลำบาก 0-4 คะแนน จากน้อยไปมาก คะแนนยิ่งมากยิ่งมีความรุนแรง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ค่า CVI=0.94 ค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้ในพระสงฆ์อาพาธ 20 รูป ค่าความเชื่อมั่น

Cronbach's Alpha Coefficient=0.90

3) แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง¹⁸ มี 9 ด้าน 40 ข้อ คำตอบเป็นการประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง เป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 40-67 หมายถึง ระดับต่ำ คะแนน 68-133 หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนน 134- 200 หมายถึง ระดับสูง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ค่า CVI=0.92 ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient=0.88

4) แบบประเมินคุณภาพชีวิต (CAT Score)¹⁹ จำนวน 8 ข้อ ครอบคลุมอาการทางกาย ผลกระทบต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ความมั่นใจในการออกนอกบ้าน และคุณภาพการนอนหลับ มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 5 แปลผล ดังนี้ คะแนน 0-10 แสดงว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากโรคน้อย คะแนน 11-20 แสดงว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบในระดับปานกลาง คะแนน 21-30 แสดงว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบมาก คะแนน 31-40 แสดงว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงมาก ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ค่า CVI=0.96 ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient=0.92

วิธีการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยและพัฒนานี้ มี 3 ระยะ ดำเนินการ ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์
ดำเนินการ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยศึกษา สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค ในการดูแล พระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรค COPD รวมถึงแนวทางการดูแลในโรงพยาบาลสงฆ์ จากมุมมองของสหวิชาชีพ และพระสงฆ์ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง มี 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) พระสงฆ์ อาพาธสูงอายุโรค COPD 10 รูป ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยคำถามปลายเปิดที่มุ่งเน้นประสบการณ์ในการ ดูแลสุขภาพ ปัญหาที่พบ และข้อเสนอแนะในการ

พัฒนารูปแบบการดูแล และ 2) บุคลากรสหสาขา วิชาชีพ 8 คน สอนหนักกลุ่ม ในประเด็นเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นปัญหาในการดูแล ข้อจำกัดระบบบริการ และ ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนารูปแบบฯ

ระยะที่ 2 การพัฒนา ประเมินความเหมาะสมและทดลองใช้รูปแบบ ระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567-เดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ร่วมกับ หลักฐานเชิงประจักษ์ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยใช้กรอบแนวคิด 5 A's¹⁰ บูรณาการร่วมกับแนวทาง การพัฒนารูปแบบฯ¹⁶ แนวทางพัฒนารูปแบบสนับสนุน การจัดการตนเอง¹⁵ และโครงสร้างการดูแลที่มีอยู่ รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ครอบคลุม ความสอดคล้องกับหลักฐาน เชิงประจักษ์ ความชัดเจน และความยืดหยุ่นในการ นำไปใช้ในบริบทจริง พบว่า รูปแบบมีความเหมาะสม และนำไปใช้ได้ มีการทดลองใช้เบื้องต้นกับพระสงฆ์ อาพาธ 5 รูป เพื่อปรับปรุงให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้ จริงในระยะต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบฯ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เดือนเมษายน พ.ศ. 2568 เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบฯ โดย 1) เก็บข้อมูลพื้นฐาน ประเมินความรุนแรงของ โรค พฤติกรรมการจัดการตนเอง และ คุณภาพชีวิต (CAT Score) ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ และ 2) ดำเนินการตามรูปแบบการสนับสนุนการ จัดการตนเองที่พัฒนาขึ้น เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ **การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดย การจัดกลุ่มเนื้อหา สรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการ พัฒนารูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองในพระสงฆ์ อาพาธสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลของตัวแปรที่ศึกษา ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิต (CAT Score) ก่อนและหลังการทดลอง ใช้รูปแบบฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์รูปแบบการจัดการตนเองของพระสงฆ์อาพาธโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พบว่า โรงพยาบาลสงฆ์มีบุคลากรที่มีความพร้อม มีศักยภาพ การดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นแบบสหวิชาชีพ โดยมีจุดแข็งที่การดำเนินงานเป็นระบบและใช้แนวทางมาตรฐาน ขณะที่การจัดการตนเองของพระสงฆ์อาพาธโรค COPD ยังมีช่องว่าง สะท้อนความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของพระสงฆ์ที่ครอบคลุม เพื่อสนับสนุนพระสงฆ์ให้สามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น โดยประเด็นสำคัญหรือข้อจำกัดที่พบ ได้แก่

ประเด็นที่ 1 ข้อจำกัดด้านร่างกายและจิตใจ พระสงฆ์มีอาการไอเรื้อรัง เสมหะมาก หอบเหนื่อย สมรรถภาพปอดต่ำ ร่วมกับความเชื่อมั่นในการจัดการตนเองต่ำ และกลัวอาการกำเริบ ทำให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจกระตุ้นอาการ

ประเด็นที่ 2 ข้อจำกัดจากบริบทในวัด ขาดผู้ดูแลหลัก สภาพแวดล้อมมีฝุ่นควัน และข้อจำกัดในการเดินทาง โดยเฉพาะในกรณีฉุกเฉิน

ประเด็นที่ 3 ปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรมสุขภาพ ใช้ยาพ่นไม่ถูกต้อง เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ ขาดยาจากการลืมนัดหรือหยุดยาเอง สืบสนจากการใช้ยาหลายชนิดเนื่องจากมีโรคร่วมหลายโรค

ประเด็นที่ 4 มุมมองและข้อเสนอจากทีมสุขภาพ บางรูปไม่ยอมรับการสอนซ้ำเรื่องการใช้อาพ่น เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องเวลามาโรงพยาบาล

ประเด็นที่ 5 ความต้องการเฉพาะ ต้องการอุปกรณ์ช่วยหายใจที่ใช้ได้ในวัด อาหารเสริมโปรตีน

2. รูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองในพระสงฆ์อาพาธสูงอายโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

รูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองฯ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ การรักษา (Management & Treatment) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) สอดคล้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่า พระสงฆ์อาพาธมีระดับความสามารถในการจัดการตนเองที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน จึงแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ กลุ่มที่สามารถดูแลตนเองได้ กลุ่มที่ต้องการช่วยเหลือบางส่วน และกลุ่มที่ต้องการการดูแลใกล้ชิด การจำแนกระดับนำไปสู่การออกแบบกิจกรรมและแนวทางการดูแลแต่ละกลุ่ม รูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองฯ ประกอบด้วย 4 ด้านสำคัญ ได้แก่

ด้านที่ 1 การคัดกรองและประเมิน (Ask & Assess) ด้วยเครื่องมือมาตรฐาน และจำแนกระดับการดูแล นำไปสู่การให้คำแนะนำรายบุคคล

ด้านที่ 2 การให้ความรู้และคำแนะนำ (Advise) มี “คู่มือการดูแลตนเอง” และโปรแกรมถวาคำแนะนำเฉพาะเรื่อง โดยเน้น การใช้ยาพ่น การบริหารปอด โภชนาการ และการเลิกบุหรี่

ด้านที่ 3 ด้านสนับสนุนและช่วยเหลือ (Assist & Arrange) เพิ่มช่องทางการสื่อสาร จัดหน่วยเยี่ยมพระสงฆ์อาพาธที่วัด บริการส่งยา และโปรแกรมอาหารเสริมโปรตีน

ด้านที่ 4 การติดตามต่อเนื่อง (Follow-Up & Monitoring) มีกลไกในการขับเคลื่อนและประเมินผลจากการติดตามสุขภาพรายบุคคลผ่านช่องทางไลน์หรือโทรศัพท์ ตามระยะเวลาที่กำหนด

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเอง

3.1 ข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรค COPD 30 รูป ส่วนมากอยู่ในกลุ่มอายุ 60-65 ปี อายุพรรษามากที่สุดอยู่ในช่วง 11-20 ปี ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.33 ค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 50 เลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 66.67 ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาและเอกเท่ากัน ร้อยละ 33.33 ระยะเวลาที่เป็นโรค COPD อยู่ในช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 76.66 การรักษาใช้ยาพ่นขยายหลอดลมและยาตนเอง ร้อยละ 73.33 มีประวัติเข้ารับการรักษาดังในโรงพยาบาล ร้อยละ 80.00 ไม่เคยติดเชื้อโควิด ร้อยละ 56.67 ไม่มีการเข้ารับการรักษาก่อนที่แผนกฉุกเฉินก่อนเวลานัดปกติ ร้อยละ 56.67 เวลา 1 ปีที่ผ่านมาไม่

มีอาการหายใจลำบากต้องนอนพักรักษาตัวอยู่โรงพยาบาล ร้อยละ 70.00 มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับ 2 ร้อยละ 63.33

3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การจัดการตนเอง คุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ และ ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า หลังใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t 8.85, $p < .001$ และ t 11.79, $p < .001$ ตามลำดับ) ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังใช้รูปแบบฯ ลดลงต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t -4.35, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง คุณภาพชีวิต และความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ (n=30)

รายการ	ก่อนใช้รูปแบบฯ		หลังใช้รูปแบบ		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1. พฤติกรรมการจัดการตนเอง	163.56	10.52	185.20	8.27	8.85	< .001*
2. คุณภาพชีวิต	14.13	5.94	9.23	4.76	11.79	< .001*
3. ความรุนแรงของโรค	1.90	.80	1.50	.68	-4.35	< .001*

*p < .05

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามระยะการพัฒนาคือ

1) สถานการณ์การดูแลพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรค COPD พบว่าจุดแข็งด้านศักยภาพสหวิชาชีพ และมีความพร้อมในการให้บริการผู้ป่วยที่เน้นถึงความสำคัญของการบูรณาการของสหวิชาชีพ ครอบคลุมทั้งการรักษา การให้คำแนะนำ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิด Integrated Care Model²⁰ และ Nici L และคณะ²¹ ที่ว่าการดูแลแบบบูรณาการและต่อเนื่อง ลดอัตราการรักษาซ้ำและเพิ่มคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน²² ผลการศึกษาพบความ

ท้าทาย คือ พระสงฆ์อาพาธสูงอายุมีอุปสรรคในการจัดการสุขภาพตนเองหลายด้าน สะท้อนถึงข้อจำกัดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับแนวคิด Self-Care Deficit Nursing Theory ของ Orem²³ ที่อธิบายว่าผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดจำเป็นต้องได้รับระบบสนับสนุนจากภายนอกเพื่อเติมเต็มความสามารถในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sundh J และคณะ²⁴ ที่ว่าผู้ป่วย COPD ที่มีโรคร่วมหลายโรคมักมีคุณภาพชีวิตต่ำลง และเผชิญปัญหาในการจัดการสุขภาพตนเอง ผลการวิจัยยังพบว่า พระสงฆ์มีความต้องการโดยเฉพาะเครื่อง

พยาที่ใช้ได้ในกฎเพื่อช่วยลดอาการเหนื่อยหอบ และอาหารเสริมโปรตีนเพื่อชดเชยข้อจำกัดด้านโภชนาการ สอดคล้องกับงานของ Soo Hoo GW และคณะ²⁵ ที่ระบุว่าผู้ป่วย COPD จำนวนมากประสบปัญหาทุพโภชนาการและสมรรถภาพปอดลดลง การได้รับการสนับสนุนด้านโภชนาการและอุปกรณ์การแพทย์ที่เหมาะสมจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มคุณภาพชีวิต อีกทั้งยังสนับสนุนข้อค้นพบของ Paneroni และคณะ²⁶ ที่ยืนยันว่าการจัดหาอุปกรณ์ช่วยหายใจและโภชนาบำบัดช่วยลดอัตราการกำเริบและเพิ่มสมรรถภาพร่างกายในผู้ป่วย COPD ได้อย่างมีนัยสำคัญ

2) รูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองในพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรค COPD มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) Ask & Access มีการแบ่งระดับของพระสงฆ์อาพาธโรค COPD เพื่อจัดระบบการดูแลตามความต้องการ 2) Advise จัดการอบรมถวายความรู้ที่สำคัญตอบปัญหาเฉพาะบุคคล พร้อมสื่อการเรียนรู้สร้างความตระหนัก เป็นกลยุทธ์ในการยกระดับการบริการตามความต้องการของผู้ป่วย ข้อค้นพบที่พระสงฆ์บางรูปยังใช้ยาพ่นผิดวิธี ด้วยการสอน สาธิตการใช้ยาพ่นซ้ำๆ โดยเภสัชกรและประเมินซ้ำโดยทีมพยาบาลปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อมาตามนัด การทำวิดีโอสั้นประกอบภาพ การจัดทำคู่มือการใช้ยาพ่น และการใช้ระบบเตือนผ่าน Line official ช่วยเพิ่มความถูกต้องและความสม่ำเสมอในการใช้ยา 3) Assist & Arrange ยกระดับการบริการเชิงรุก ทั้งการติดตามผ่านช่องทางต่างๆ และการเยี่ยมวัด เพื่อประเมินการดูแลตนเองและหาวิธีการสนับสนุนเพิ่มเติมให้สอดคล้องกับบริบทการเจ็บป่วย และ 4) Follow-up & Monitoring มีกลไกเพื่อประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบที่ได้รับเกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ Jiang X และคณะ (2022)²⁷ ที่ประยุกต์ใช้โมเดล 5 A's ในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย COPD พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมี

ทักษะการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม และยังสอดคล้องกับรายงาน GOLD (2023)¹ ที่เน้นระบบการดูแล COPD ครอบคลุมทั้งการประเมิน ให้ความรู้ สนับสนุนการจัดการตนเอง และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3) ประสิทธิภาพของรูปแบบฯ ที่ครอบคลุมทั้ง 3 มิติ ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิต ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ 5 A's สะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ต่อเนื่องและเป็นระบบ สอดคล้องกับงานวิจัยของราเชนทร์ สุโท (2023)⁷ ที่นำกลยุทธ์ 5 A's สนับสนุนให้ผู้ป่วย COPD มีพฤติกรรมและความสามารถในการจัดการตนเองได้ดีขึ้น ช่วยลดอาการหายใจลำบากได้ Jiang และคณะ²⁷ ยืนยันว่าโปรแกรมการจัดการตนเองโดยอิง 5 A's เพิ่มการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย COPD อย่างชัดเจน กิจกรรมสำคัญในการวิจัยนี้ได้แก่ การให้ความรู้ผ่านสื่อที่เหมาะสมกับพระสงฆ์ เช่น คู่มือภาพ วิดีโอสั้น และการสอนซ้ำแบบตัวต่อตัว การฝึกการบริหารปอดอย่างง่าย เช่น การฝึกหายใจเข้าและลึก (pursed-lip breathing) และการบริหารปอดด้วยท่ากายภาพบำบัด สอดคล้องกับ Paneroni และคณะ²⁶ ที่พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและการออกกำลังกายแบบง่ายช่วยให้ผู้ป่วย COPD ลดอาการเหนื่อยหอบและเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันได้ การออกแบบกิจกรรมแบบยืดหยุ่น เช่น แบบบันทึกสุขภาพรายสัปดาห์ และการติดตามผ่าน Line official หรือการเยี่ยมวัดของทีมสุขภาพ ช่วยให้การจัดการตนเองมีความต่อเนื่อง คุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ดีขึ้นหลังการใช้รูปแบบ สะท้อนให้เห็นถึงประโยชน์ของระบบสนับสนุนที่บูรณาการและสอดคล้องกับวิถีสงฆ์ งานของ Sundh และคณะ²⁴ ชี้ว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วย COPD ไม่ได้ขึ้นกับความรุนแรงของโรค แต่ยังขึ้นกับระบบสนับสนุนด้านสุขภาพและสังคมที่เหมาะสม การมี

เครื่องพ่นยา อาหารเสริมโปรตีน และการมีพระคิลานุปัฏฐากดูแลในกิจกรรมประจำวันเป็นปัจจัยสำคัญสนับสนุนคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ได้แก่ 1) แรงจูงใจภายในของพระสงฆ์ โดยเฉพาะผู้ที่เคยเข้ารับการรักษามีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาก่อน มีเจตคติเชิงบวกต่อการดูแลสุขภาพ และมุ่งมั่นปฏิบัติตามคำแนะนำ 2) การมีส่วนร่วมของพระคิลานุปัฏฐากเป็นกลไกสนับสนุนรายวัน ทั้งการเตือน ให้อาหาร ฝึกหายใจ และช่วยบันทึกข้อมูล 3) การสนับสนุนจากเจ้าอาวาส ช่วยให้กิจกรรมสามารถดำเนินการในวัดได้สะดวก และไม่ขัดกับกิจสงฆ์ 4) การออกแบบกิจกรรมที่ยืดหยุ่นและเป็นมิตร เช่น ใช้สื่อที่เข้าใจง่าย มีวิดีโอสั้น การอบรมที่ใช้เวลาไม่มาก และภาษาที่เหมาะสมกับวิถีสงฆ์ ขณะที่ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ 1) วัดที่ไม่มีพระคิลานุปัฏฐาก หรือบุคคลหลักในการดูแลพระอาพาธ ทำให้การปฏิบัติตามกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ 2) ข้อจำกัดด้านเทคโนโลยี โดยเฉพาะในพระสงฆ์สูงอายุที่ไม่มีสมาร์ตโฟน หรือใช้ไลน์ไม่ได้

สรุปผลการวิจัย รูปแบบการสนับสนุนการ

จัดการตนเองโดยบูรณาการแนวคิด 5 A's Behavior Change Model ลดความรุนแรงของโรค ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ ซึ่งเป็นความสำคัญของการออกแบบระบบการดูแล ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตอบสนองต่อบริบททางวัฒนธรรมและสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ ควรส่งเสริมการขยายผลรูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลสงฆ์หรือสถานพยาบาลที่มีการดูแลพระสงฆ์อาพาธ โดยเน้นการจัดการตนเองเฉพาะรายตามบริบทการเจ็บป่วย และเผยแพร่องค์ความรู้ไปยังพระสงฆ์เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน

2. การวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการติดตามผลลัพธ์ของรูปแบบในระยะยาว (6 เดือน-1 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบ พร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจของพระสงฆ์เพื่อนำไปปรับปรุงรูปแบบต่อไป

Reference

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD]. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD]. <http://www.goldcopd.org/> 2023
2. World Health Organization (WHO). Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach. Geneva: WHO; 2012.
3. Health Data Center (HDC), Ministry of Public Health. Report on the situation of chronic obstructive pulmonary disease 2021-2123. Bangkok: Ministry of Public Health; 2023.
4. Priest Hospital. Report of COPD patient statistics 2021–2023. Bangkok: Priest Hospital; 2023. Thai.
5. Li J, Sun S, Tang R, Qiu H, Huang Q, Mason TG, et al. Major air pollutants and risk of COPD exacerbations: a systematic review and meta-analysis. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2020;15:2889–2902.

6. Wang C, Xu J, Yang L, Xu Y, Zhang X, Bai C, et al. Prevalence and risk factors of chronic obstructive pulmonary disease in China (the China Pulmonary Health [CPH] study): a national cross-sectional study. *Lancet*. 2018;391(10131):1706–17.
7. Rachen Sutho, Sunida Preechawong. The effect of the 5A self-management program on dyspnea in persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Nurs Res Inno J*. 2023;29(3):379-92. Thai.
8. Umaporn Sonpanya, Pornanan Domthong, Wanna Piyasawetkul, Piches Ruangsuksud, Anucha Taiwong. The effect of self-management program on pulmonary function in chronic obstructive pulmonary disease, Khon Kaen Hospital. *Academic Journal of Nursing and Health Science*. 2023;3(2):114-26. Thai.
9. Punasee S, Taiwong A, Juntakam S, Dana K, Anseekaew P. The Effects of a Self-Management Program Combined with Social Support from Family on Dyspnea Management Ability and Clinical Outcomes in Readmitted Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Nursing and Therapeutic Care*. 2025;43(2):1-15. Thai.
10. Glasgow RE, Emont S, Miller DC. Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. *Health Promot Int*. 2006;21(3):245–55.
11. Lenferink A, Brusse-Keizer M, van der Valk PD. Self-management interventions including action plans for exacerbations versus usual care in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database systematic review*. 2017; 8:CD011682. doi:10.1002/14651858.CD011682pub2
12. Schrijver J, Lenferink A, Brusse-Keizer M, Zwerink M, van der Valk PD, Job van der Palen, et al. Self-management interventions for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 Jan 10;1(1):CD002990.doi: 10.1002/14651858.CD002990.pub4.
13. Nootcharat Chantaro; Natenapha Khupantawee, Tippamas Chinnawong. Effect of Self-Management Support Program on Ability to Manage Symptom and Dyspnea Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2018; 38(3):25-37. Thai.
14. Atchanat Wangsom. Dyspnea management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thai Journal of Cardio-Thoracic*. 2016;27(1):2-12. Thai.
15. Luangrattanam L. Development of a self-management support model for patients with chronic diseases. *Thai Nurs J*. 2022;34(2):45–60. Thai.
16. Deming WE. PDCA cycle: a quality approach. Cambridge (MA): MIT; 1993.
17. Perez T, Burgel PR, Paillasseur JL, Caillaud D, Deslée G, Chanez P, et al. Modified Medical Research Council scale vs Baseline Dyspnea Index to evaluate dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2015;10:1663–72.

18. Wiwat Laochai, Pleonta Pipatsombat, Nongluck Jiraprappong, Ponmalia Sangsena, Rungrote Salub. Effects of a self-management program on self-care behaviors among Buddhist monks with hypertension. *Police Nurs J*. 2021;13(2):326–35. Thai.
19. Pothirat C, Kiatboonsri S, Chuchottaworn C. Validation of the new COPD assessment test translated into Thai in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *BMC Pulm Med*. 2014;14:193.
20. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Integr Care*. 2002;2:e12.
21. Nici L, ZuWallack R. An official American Thoracic Society workshop report: Integrated care of the patient with chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Am Thorac Soc*. 2019; 16(7): 806–14.
22. Pornwipa Yasamut, Wipaphun Meamma, Pisamai Srisuwannophakul, Chortip Promarat, Nuntana Wongprom, Aroonwadee Chotinun. Improving Care for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Holistic and All-Dimensional by the Participation of Health Service Network, Ban Hong District, Lamphun Province. *Journal of Health Science*. 2020; 29(2): 281-92. Thai.
23. Orem DE. *Nursing: Concepts of practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
24. Sundh J, Ekström M, Larsson K. Patients with COPD and multimorbidity report lower quality of life and increased symptom burden. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2021;16:229–39.
25. Soo Hoo GW, Santiago S, Williams AJ. Nutritional status and health outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Nutr Clin Pract*. 2020;35(3):455–69.
26. Paneroni M, Simonelli C, Vitacca M, Ambrosino N. Aerobic exercise training and nutritional support in patients with COPD: Effects on exercise capacity and quality of life. *Respir Med*. 2019;150:128–34.
27. Jiang X, Guo Y, Zhang H, Wang Y. Application of the 5A's Behavior Change Model to improve self-management and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Educ Couns*. 2022;105(5):1125–32.

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี

ลักขณา ชอบเสียง*	พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว)
จตุพร จันทะพุกษ์**	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
สำเร็จ เทียนทอง***	ค.ม. (การวัดและประเมินผลการศึกษา)
สาตี แฮมิลตัน***	ปร.ด. (การพยาบาล)
วิไลลักษณ์ ดิยาพันธ์*	ศษ.ม (พัฒนศึกษาศาสตร์)
พรธิรา บุญจิว***	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

(รับ: 31 ตุลาคม 2568, แก้ไข: 3 ธันวาคม 2568, ตอรับ: 11 ธันวาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 250 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย โดยประเมินมวลกล้ามเนื้อจากการวัดเส้นรอบรอก ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจากการวัดแรงบีบมือ และสมรรถภาพทางกายจากการทดสอบลุก-นั่งเก้าอี้ 5 ครั้ง การวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยอ้างอิงตามเกณฑ์ของ Asian Working Group for Sarcopenia ค.ศ. 2019 เครื่องมือมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Chi-square test และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความชุกของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ร้อยละ 73.60 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ได้แก่ อายุ และการมีกิจกรรมทางกายแบบมีแรงต้าน โดยพบว่าผู้สูงอายุช่วงอายุ 70-79 ปี และอายุ 80 ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสูงกว่าผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR=2.40$, 95%CI: 1.217–4.761, $p=0.012$ และ $OR=11.36$, 95%CI: 1.954–66.152, $p=0.007$ ตามลำดับ) ในขณะที่การมีกิจกรรมทางกายแบบมีแรงต้านช่วยลดโอกาสเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR=0.68$, 95%CI: 0.355–1.336, $p<0.001$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมกิจกรรมทางกายแบบมีแรงต้านในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในเขตชนบท เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย อันจะนำไปสู่การคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกายและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย มวลกล้ามเนื้อน้อย

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding author E-mail; Jatuporn@bcnsp.ac.th

*** อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Prevalence and factors related to Sarcopenia in elderly individuals living in rural areas of Ubon Ratchathani province

Lakhana Chopsiang*	M.N.S. (Family nursing)
Jatuporn Janthapuek**	M.N.S (Adult Nursing)
Samrej Tienthong***	M.Ed. (Educational Measurement and Evaluation)
Sadee Hamilton***	Ph.D. in Nursing
Wilailak Teeyapan*	M.Ed. (Development Education)
Porntira Boonchawee***	M.N.S (Adult and Geriatric Nursing)

(Received: October 31, 2025, Revised: December 3, 2025, Accepted: December 11, 2025)

Abstract

This cross-sectional descriptive and analytic research aimed to study prevalence and factors related to Sarcopenia in elderly individuals living in rural areas of Ubon Ratchathani province. A sample of 250 people with ages 60 years old and above was recruited into the study through multi-stage random sampling. The research instruments included a general information questionnaire and sarcopenia screening tools to assess muscle mass measured by calf circumference, muscle strength measured by handgrip- strength, physical performance measured by 5-times chair stand test. Sarcopenia was diagnosis according to the Asian Working Group for Sarcopenia 2019. Data were analyzed using descriptive statistic such as frequency, percentage, mean, standard Deviation and analytic statistic such as Chi-square test and univariable logistic regression

The results of the study displayed that as of 250 participants, the prevalence of sarcopenia were found in 73.60%. Two factors associated with sarcopenia were age and resistance exercise as followed: 1) Age between 70-79 years had 2.40 higher risk of developing sarcopenia compared to those aged 60-69 years (OR=2.40, 95%CI; 1.217-4.761, $p = .012$), with risk increasing further for those aged 80 years and above, who had 11.369 times higher risk (OR=11.36, 95%CI; 1.954-66.152, $p = .007$) and 2) Resistance exercise reduced the occurrence of sarcopenia by 0.689 times (OR=0.68, 95%CI; 0.355-1.336, $p < .001$). The finding suggested that the resistance exercise should be promoted to prevent sarcopenia in older adults.

Keywords: Elderly, Sarcopenia, Muscle mass loss

* Assistant professor, Department of Adult and Geriatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Lecturer, Department of Adult and Geriatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute Corresponding Author E-mail; Jatuporn@bcnsp.ac.th

*** Lecturer, Department of Adult and Geriatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

บทนำ

ปัจจุบันสังคมโลกกำลังเผชิญสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลสถิติของประเทศไทย ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ระหว่างปี พ.ศ. 2564-2567 มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 13.36 ล้านคน (ร้อยละ 19.6) เป็น 14.03 ล้านคน (ร้อยละ 20.0) ของประชากรทั้งหมด เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นลำดับสอง (ร้อยละ 23.3) ของประเทศ ปี พ.ศ. 2567 จังหวัดอุบลราชธานีมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุถึง 324,964 คน^{1,2} และพบกลุ่มอาการภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยประมาณร้อยละ 5-13 ในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60-70 ปี และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11-50 ในผู้ที่อายุ 80 ปีขึ้นไป³ ซึ่งเกิดจากการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่สัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น⁴ ภาวะดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อการสูญเสียสมดุลและความมั่นคงในการเดิน เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ถึง 2.38 เท่า กระดูกหัก 1.01 เท่า และอัตราการเสียชีวิต 1.81 เท่า⁵

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia) คือ ภาวะที่กระดูกและกล้ามเนื้อที่มีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อลาย (Muscle mass) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscle strength) และสมรรถภาพทางกาย (Physical performance) ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) และเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย สามารถใช้แนวปฏิบัติ The Asian Working Group for Sarcopenia criteria (AWGS-2019)^{6,7} ดังนี้ 1) มวลกล้ามเนื้อต่ำจากการวัดดัชนีมวลกล้ามเนื้อส่วนปลาย สำหรับผู้ชาย ค่าน้อยกว่า 7.0 กิโลกรัม/เมตร² และผู้หญิง น้อยกว่า 5.7 กิโลกรัม/เมตร² 2) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่ำโดยการวัดแรงบีบมือ (Handgrip strength)

สำหรับผู้ชาย น้อยกว่า 28 กิโลกรัม และผู้หญิง น้อยกว่า 18 กิโลกรัม และ 3) สมรรถนะทางกายต่ำ เช่นการลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้จำนวน 5 ครั้ง (5 times chair stand test) เป็นต้น หลักการวินิจฉัยคือต้องมีความผิดปกติของภาวะมวลกล้ามเนื้อต่ำ ร่วมกับความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อต่ำ หรือสมรรถภาพทางกายผิดปกติ อย่างน้อย 1 ข้อ โดยแบ่งความรุนแรงเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนมวลกล้ามเนื้อน้อย (Pre-sarcopenia) หมายถึง มีความผิดปกติของมวลกล้ามเนื้อ แต่ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและสมรรถภาพทางกายปกติ 2) ระยะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia) หมายถึง มีความผิดปกติของมวลกล้ามเนื้อ ร่วมกับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหรือสมรรถภาพทางกายปกติ และ 3) ระยะมวลกล้ามเนื้อน้อยระยะรุนแรง (Severe sarcopenia) หมายถึง มีความผิดปกติทั้งมวลกล้ามเนื้อ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและสมรรถภาพทางกาย การคัดกรองผู้ที่มีความความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่ำ หรือสมรรถภาพทางกายต่ำ สามารถช่วยลดการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในระดับรุนแรงซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยในการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) อายุที่มากกว่า 60 ปีขึ้นไปจะมีความเสี่ยงมากขึ้นเนื่องจากจำนวนและขนาดเส้นใยกล้ามเนื้อลดลง ซึ่งส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง โดยนอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงประมาณร้อยละ 3 ต่อปี¹¹ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงเพิ่มมากถึง 2.40 - 5.54 เท่า^{8,9} 2) ดัชนีมวลกาย (Body mass index : BMI) น้อยกว่า 18.5 kg/m² มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อ

น้อย 5.55 – 8.79 เท่า^{8,9,10} 3) เพศ พบว่า เพศชายมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง 3.75 เท่า^{4,10,11} 4) การมีโรคร่วม ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เบาหวาน ไชมันในเลือดสูง โรคทางระบบเลือด ซึ่งโรคจะทำให้มวลกล้ามเนื้อลดลง¹² 5) ภาวะทุพโภชนาการทำให้ร่างกายขาดโปรตีนซึ่งมีลิวซีน (Leucine) ที่เป็นการกระตุ้นที่สำคัญในการป้องกันการสูญเสียกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการได้รับโปรตีนน้อยกว่า 40 กรัม/วัน¹⁰ การเกิดภาวะทุพโภชนาการมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย 1.72-3.53 เท่า และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยระดับรุนแรง 1.98 เท่า⁸ ซึ่งอาจวัดได้หลายวิธี เช่น การวัดด้วย Mini Nutritional Assessment (MNA) หากมีค่าน้อยกว่า 24 มีแนวโน้มในการมีภาวะทุพโภชนาการ มีโอกาสเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมากกว่าผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติ หรือ การวัดด้วยการวัดเส้นรอบรอก (Calf circumference) ถ้าเพศหญิงน้อยกว่า 33 เซนติเมตร และเพศชายน้อยกว่า 34 เซนติเมตร ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อต่ำได้¹³ 6) การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ทำให้ alcoholic myopathy และก่อให้เกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยตามมา และ 7) การสูบบุหรี่ ทำให้การสร้างโปรตีนของกล้ามเนื้อลดลง และส่งผลต่อการลดและเพิ่มองค์ประกอบของเซลล์ในร่างกายที่ส่งผลกับการคงสภาพของมวลกล้ามเนื้อ (muscle maintenance)⁴

การศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ความชุกของการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในคลินิกของผู้สูงอายุ พบความชุกของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยร้อยละ 10 ในเพศชาย และ ร้อยละ 33 ในเพศหญิง¹⁴ และจากการศึกษาในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทในประเทศจีน พบว่า ในเขตชนบทมีการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมากกว่าในเขตเมือง ร้อยละ 41.0 และ 31.1 ตามลำดับ¹⁵ เช่นเดียวกับในประเทศอินเดียที่พบ

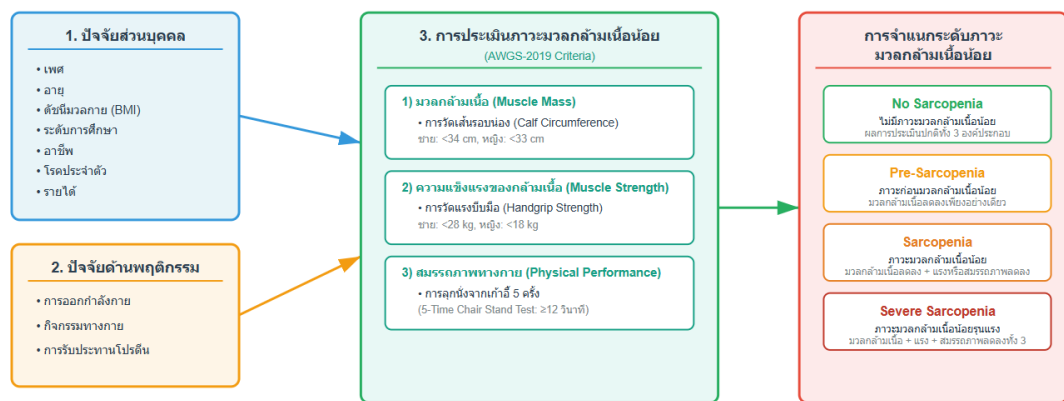
ความชุกการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในเขตเมืองและในเขตชนบทร้อยละ 6.8 และ 14.8 ตามลำดับ¹⁶ ส่วนประเทศไทยพบความชุกการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย 1 ใน 3 ของประชากรทั่วไป โดยผู้สูงอายุที่มีมวลกล้ามเนื้อน้อย ร้อยละ 16.1 – 30.6 ซึ่งแตกต่างกันไปตามเขตที่อยู่อาศัย¹¹ และจากการศึกษาภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชุมชนแออัด ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ร้อยละ 22.2 และ 9.6 ตามลำดับ โดยเฉพาะในเขตเมืองมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยรุนแรงมากถึง ร้อยละ 9.4⁸ และการศึกษาความชุกการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุในต่างจังหวัดในอำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี จังหวัดขอนแก่น และเขตเทศบาลเมืองจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า มีความชุกการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุ ร้อยละ 48.3, 3.2.2 และ 52 ตามลำดับ^{7,9,10} โดยพบว่าความชุกของการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยแตกต่างกันตามเขตพื้นที่อาศัย⁶

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าความชุกและปัจจัยการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน ในประเทศไทยพบการศึกษาในเขตเมืองเป็นส่วนใหญ่ ในต่างจังหวัดยังมีการศึกษาน้อย โดยเฉพาะจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ มีประชากรผู้สูงอายุมากเป็นลำดับ 3 ของประเทศไทย (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) รองจากจังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2564 – 2566 จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 16.25 ,16.84 ,17.52 ตามลำดับ^{1,2} โดย พ.ศ. 2567 มีผู้สูงอายุ 324,964 จากประชากรทั้งหมด 1,869,608 คน คิดเป็นร้อยละ 17.47¹ และเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่ขนาดใหญ่ 15,626 ตารางกิโลเมตร มีชุมชนชนบทที่อยู่นอกเขตเมืองที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเป็นจำนวนมาก ซึ่งจากการศึกษาพบปัญหาด้านสุขภาพอนามัยที่สำคัญในเขตชนบท เช่น โรคขาดสารอาหาร

วาระการสาธารณสุข

การขาดความรู้เกี่ยวกับคุณภาพอาหาร ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุได้ และยังไม่พบว่ามีการศึกษาความชุกและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุในเขตชนบทในพื้นที่ดังกล่าว ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งจะนำไปสู่การลดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เก็บข้อมูลในเดือนเมษายน ถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2568

ประชากร คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และหญิง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี 324,964 คน²

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปทั้งเพศชาย และหญิง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ 1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) มีคะแนน

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุโดยใช้เกณฑ์การประเมิน The Asian Working Group for Sarcopenia criteria (AWGS-2019)⁷ ดังนี้

ประเมิน ADL > 12 คะแนน 3) สามารถเดินและลุกนั่งจากเก้าอี้ได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง และสามารถทดสอบแรงบีบมือได้ 4) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม 5) ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต 6) สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และ 7) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) มีข้อจำกัดในการทดสอบ สมรรถภาพทางร่างกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น ไม่สามารถทรงตัวได้ด้วยตนเอง ไม่สามารถทดสอบแรงบีบมือได้ 2) มีปัญหาการมองเห็นขั้นรุนแรง 3) มีภาวะเจ็บป่วยกะทันหัน หรือ

นอนโรงพยาบาล และ 4) ย้ายบ้านออกจากพื้นที่ที่ทำการวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size) ในการศึกษานี้คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณเพื่อประมาณค่าสัดส่วน

$$n = \frac{NZ^2 \alpha/2 P(1-P)}{d^2(N-1) + Z^2 \alpha/2 P(1-P)} \quad n = 228 \text{ คน}$$

แทนค่าในสูตรดังนี้ $Z^2 \alpha/2$ = ความเชื่อมั่นที่กำหนด = 1.96, P = สัดส่วนความชุก = 0.815,

d = Precision = 0.05 (Ekasame Vanitcharoenkul et al, 2024) N = จำนวนประชากร = 324,964 คน

การวิจัยนี้ ใช้ขนาดตัวอย่าง 228 คน เพื่อป้องกันการไม่ครบถ้วนของข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างไม่ให้ความร่วมมือหรือถอนตัวระหว่างการเก็บข้อมูล เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 อีก 22 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 250 คน สุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ขั้นที่ 1 สุ่มอำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling) โดยการจับสลากตามโซน แบ่งเป็น 4 โซน สุ่มโซนละ 1 อำเภอ ขั้นที่ 2 สุ่มตำบลในแต่ละอำเภอให้ได้อำเภอละ 1 ตำบล จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 ตำบล ขั้นที่ 3 ในแต่ละตำบลสุ่มผู้สูงอายุโดยวิธีกำหนดสัดส่วนด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยใช้วิธีการจับสลาก และเทียบบัญชีรายชื่อตามจำนวนตัวอย่างแต่ละตำบลให้ได้ตามจำนวนที่ต้องการทั้งหมด 250 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกปัจจัยส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบให้เลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกปัจจัยด้านพฤติกรรม ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบให้

เลือกตอบ ประกอบด้วย การออกกำลังกาย กิจกรรมทางกาย การรับประทานอาหารประเภทโปรตีน

ส่วนที่ 3 ประเมินภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้ โดยการประเมินสมรรถภาพทางกาย ตามแบบประเมิน The Asian Working Group for Sarcopenia criteria (AWGS-2019)⁷ โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การประเมินมวลกล้ามเนื้อ (Muscle mass) โดยการวัดเส้นรอบน่อง (calf circumference) เป็นการวัดส่วนที่กว้างที่สุดของเส้นรอบน่อง การแปลผล เพศชาย ค่าปกติ 34 เซนติเมตร เพศหญิง ค่าปกติ 33 เซนติเมตร

ตอนที่ 2 การประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscle Strength) โดยการทดสอบแรงบีบมือ (Hand Grip Strength Test) โดยใช้ เครื่องวัดแรงบีบมือ (Dynamometer) เพื่อวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscle strength) การแปลผล เพศชาย ต่ำกว่า 28 กิโลกรัม หรือ เพศหญิง ต่ำกว่า 18 กิโลกรัม หมายถึง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่ำ

ตอนที่ 3 การประเมินสมรรถภาพทางกาย (Physical performance) โดยการลุกนั่งจากเก้าอี้ (5 Times chair stand test) เป็นการวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาส่วนล่าง การแปลผล ใช้เวลามากกว่าหรือเท่ากับ 12 วินาที หมายถึง ผิดปกติ และหากใช้เวลาน้อยกว่า 12 วินาที หมายถึง ปกติ

การแปลผลรวม

ใช้การวัด Muscle mass, Muscle strength และ Physical performance จากตอนที่ 1-3 มาวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของ The Asian Working Group for Sarcopenia criteria (AWGS-2019)⁷ ดังนี้

การวินิจฉัย	1.มวลกล้ามเนื้อ (Muscle mass)	2. สมรรถภาพทางกาย (Physical performance)	3.ความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อ Muscle strength
วิธีการวัด	calf circumference	5 Times chair stand test	Hand Grip Strength Test
No- sarcopenia	ปกติ	ปกติ	ปกติ
Pre- sarcopenia	ผิดปกติ หรือ	ผิดปกติ หรือ	ผิดปกติ
Sarcopenia	ผิดปกติ และ	ผิดปกติ หรือ	ผิดปกติ
Severe- sarcopenia	ผิดปกติ และ	ผิดปกติ และ	ผิดปกติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.82 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.80

จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 5/2568 ลงวันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2568 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการรวบรวมข้อมูล และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงว่ารายละเอียดข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วมวิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ หากผู้ร่วมวิจัยยินดีเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการทำบันทึกข้อมูลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทำการศึกษาค้นคว้า จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ลงบันทึกข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วน และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม และ ความชุกการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Chi-square test และ Univariable logistic regression

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 คน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.20) มีอายุเฉลี่ย 68.70 ปี (SD = 6.00) มีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์อ้วนมากที่สุด (ร้อยละ 24.00) รองลงมา อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 21.00) ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 58.4) รองลงมา คือ อายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 36.00) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.70) รองลงมา คือ ต่ำกว่าประถมศึกษา (ร้อยละ 28.20) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเดิม คือ เกษตรกร (ร้อยละ 84.70) รองลงมา คือ รับจ้าง (ร้อยละ 5.90) และ ปัจจุบันส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 66.70) รองลงมา คือ ว่างาน (ร้อยละ 25.10) รายได้ ส่วนใหญ่เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 42.80) รองลงมาไม่เพียงพอ (ร้อยละ 30.40) นอกจากนี้ยัง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวทั้งหมด 174 ราย (ร้อยละ 69.60)

ปัจจัยด้านพฤติกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ออกกำลังกายโดยการเดิน (ร้อยละ 96.40) รองลงมาคือปั่นจักรยาน (ร้อยละ 30.20) กิจกรรมทางกาย ส่วนใหญ่ทำกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิก เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน เดินขึ้นบันได ตัดต้นไม้ขนาดเล็ก (ร้อยละ 100%) รองลงมา คือ กิจกรรมทางกายแบบแรงต้าน เช่น ยกของ อุ้มหลาน ขุดดิน ตัดต้นไม้ขนาดใหญ่ (ร้อยละ 55.60) และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานที่เป็นผลิตภัณฑ์จากถั่วหรือไข่อย่างน้อย 2 กำหรือ 2 ฟองต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 94.40) รองลงมา คือ รับประทานโปรตีนจากเนื้อสัตว์ทุกวัน (ร้อยละ 95.20)

2. ความชุกของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 250 ราย พบกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (No-sarcopenia) จำนวน 66 ราย (ร้อยละ 26.40) และพบกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในระยต่าง ๆ จำนวน 184 ราย (ร้อยละ 73.60) เป็นกลุ่มที่อยู่ในระยะเริ่มต้น (Pre-sarcopenia) สูงที่สุด จำนวน 90 ราย (ร้อยละ 36.00) รองลงมาคือมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia) จำนวน 60 ราย (ร้อยละ 24.00) และมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยระดับรุนแรงจำนวน 34 ราย (ร้อยละ 13.60) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความชุกของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี (n = 250)

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย	ชาย (n=92)		หญิง (n=158)		รวม (n= 250)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
No-sarcopenia	30	32.61	36	22.78	66	26.40
Pre-sarcopenia	29	31.52	61	38.61	90	36.00
Sarcopenia	20	21.74	40	25.32	60	24.00
Severe-sarcopenia	13	14.13	21	13.29	34	13.60
รวม	92	100	158	100	250	100

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย วิเคราะห์ด้วยการทดสอบ

ไคสแควร์พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย อายุ การวิ่ง และกิจกรรมทางกายแบบแรงต้าน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี
(n = 250)

ปัจจัย	ไม่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (n=156)		มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (n=94)		p-value
	จำนวน	%	จำนวน	%	
ปัจจัยส่วนบุคคล					
1. เพศ					
ชาย	59	23.6	33	13.2	0.666
หญิง	97	38.8	61	24.4	
2. BMI					
ผอม (<18.5)	7	2.80	20	8.00	<.001*
ปกติ (18.5-22.9)	54	21.60	44	17.60	
น้ำหนักเกิน (23-24.9)	35	14.00	14	5.60	
อ้วน (≥25)	60	24.00	16	6.40	
3. อายุ					
60-69 ปี	108	43.20	38	15.20	<.001*
70-79 ปี	46	18.40	44	17.60	
≥ 80ปี	2	0.80	12	4.80	
อายุเฉลี่ย 68.7(SD=6.0)					
4. ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าประถมศึกษา	36	14.40	34	13.60	0.066
ประถมศึกษา	102	40.80	55	22.00	
มัธยมศึกษา	15	6.00	5	2.00	
ปริญญาตรี	3	1.20	0	0.00	
5. อาชีพก่อนอายุ 60 ปี					
รับจ้าง	12	4.80	3	1.20	0.156
เกษตรกร	125	50.0	87	34.80	
ค้าขาย	8	3.20	0	0.00	
ข้าราชการ	4	1.60	1	0.40	
ว่างงาน	1	0.40	1	0.40	
ขับรถ	2	0.80	1	0.40	
กรรมกร	1	0.40	1	0.40	
อื่นๆ	3	1.20	0	0.00	
6. อาชีพปัจจุบัน					
รับจ้าง	5	2.00	3	1.20	0.264
เกษตรกร	107	42.80	60	24.00	
ค้าขาย	7	2.80	1	0.40	
ข้าราชการบำนาญ	4	1.60	1	0.40	
ว่างงาน	33	13.20	29	11.60	

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี
(n = 250) (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (n=156)		มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (n=94)		p-value
	จำนวน	%	จำนวน	%	
ปัจจัยส่วนบุคคล					
7. ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอมีเหลือเก็บ	36	14.40	23	9.20	0.840
เพียงพอไม่มีเหลือเก็บ	74	29.60	41	16.40	
ไม่เพียงพอ	46	18.40	30	12.00	
8. โรคประจำตัว					
ไม่มี	46	18.40	30	12.00	0.686
ความดันโลหิตสูง	84	33.60	41	16.40	0.117
เบาหวาน	46	18.40	36	14.40	0.151
หัวใจและหลอดเลือด	5	2.00	1	0.40	0.284
ไขมันในเลือด	42	16.80	19	7.60	0.231
ไตเรื้อรัง	7	2.80	3	1.20	0.613
มะเร็ง	1	0.40	1	0.40	0.716
อื่นๆ เช่นเก๊าท์ หอบหืด	12	4.80	7	2.80	0.943
ไทรอยด์					
ปัจจัยด้านพฤติกรรม					
9.การออกกำลังกาย					
เดิน	156	60.50	89	35.90	0.812
วิ่ง	31	12.50	8	3.20	0.020*
เต้นแอโรบิก	13	5.20	27	2.40	0.604
ปั่นจักรยาน	48	19.40	27	10.90	0.814
การยกน้ำหนัก	4	1.60	2	0.80	0.847
10. กิจกรรมทางกาย					
ออกกำลังกายแบบแอโรบิก	156	100	94	100	-
ออกกำลังกายแบบแรงต้าน	98	39.20	41	16.40	0.003*
11. การรับประทานอาหารเช้า					
นมหรือผลิตภัณฑ์จากนม	131	52.40	86	34.40	0.089
ผลิตภัณฑ์จากถั่วหรือไข่	148	59.20	88	35.20	0.676
โปรตีนจากเนื้อสัตว์	148	59.20	90	36.00	0.754

p-value < 0.05

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี

เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.5) มาวิเคราะห์แยกรายปัจจัยด้วย

วารสารกองการพยาบาล

univariable logistic regression พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3) ได้แก่ 1) อายุพบว่าอายุ 70-79 ปี มีโอกาสเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย 0.28 เท่าเมื่อเทียบกับอายุ 60-69 ปี (OR=2.40, 95%CI; 1.217-4.761, p = 0.012) และมากขึ้นเมื่อมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งมีโอกาสเกิด

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย 11.369 เท่า (OR=11.36, 95%CI; 1.954-66.152, p = 0.007) 3) การมีกิจกรรมทางกายแบบมีแรงต้าน ลดการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยได้ 0.689 เท่า (OR=0.68, 95%CI; 0.355-1.336, p < 0.001) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยคือ ดัชนีมวลกาย และ การวิ่ง

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี (n = 250)

ปัจจัย	Odd ratio	95%CI	p-value
1. ดัชนีมวลกาย (กก./ม.²)			
ผอม (<18.5)	2.190	0.682-7.026	0.188
ปกติ (18.5-22.9)	Ref		
น้ำหนักเกิน (23-24.9)	0.592	0.242-1.454	0.253
อ้วน (≥25.00)	0.465	0.205 – 1.055	0.067
2. อายุ (ปี)			
60-69 ปี	Ref		
70-79 ปี	2.407	1.217-4.761	0.012*
≥ 80 ปี	11.369	1.954-66.152	0.007*
3. การวิ่ง			
วิ่ง	0.387	0.130-1.148	0.087
ไม่วิ่ง	Ref		
4. กิจกรรมทางกายแบบแรงต้าน			
มีกิจกรรม	0.689	0.355-1.336	<0.001*
ไม่มีกิจกรรม	Ref		

p-value < 0.05, CI =Confident Interval (ช่วงแห่งความเชื่อมั่น)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี พบความชุกของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุ ร้อยละ 37.60 โดยมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ร้อยละ 24.00 และมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยระดับรุนแรง ร้อยละ 13.60 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการการศึกษาของพื้นที่อื่นในประเทศไทย พบว่ามีความชุกใกล้เคียงกับการศึกษา

ของ Sri-On และคณะ⁸ ที่พบความชุกในชุมชนไทยร้อยละ 32.2 แต่น้อยกว่าการศึกษาความชุกการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดศรีสะเกษ⁹ และผู้สูงอายุในอำเภอสตึก จังหวัดชลบุรี⁹ ซึ่งพบ ร้อยละ 52 และร้อยละ 48.3 ตามลำดับ ผลที่ได้จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าความแตกต่างของความชุกในแต่ละพื้นที่อาจเกิดได้หลายปัจจัย ได้แก่ ลักษณะของประชากรและช่วงอายุ

ของผู้สูงอายุ รวมถึงความแตกต่างของเกณฑ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวัด

การศึกษานี้พบว่า อายุเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุ 70-79 ปี มีโอกาสเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย 2.40 เท่า (OR=2.40, 95%CI; 1.217-4.761, p=0.012) และ ผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสูงถึง 11.369 เท่า (OR=11.36, 95%CI; 1.954-66.152, p=0.007) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 60.69 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sri-On และคณะ⁸ ที่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างอายุกับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ความสัมพันธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีทางสรีรวิทยาของการเสื่อมของกล้ามเนื้อตามวัย^{4,12} โดยเมื่ออายุเพิ่มขึ้น จำนวนและขนาดเส้นใยกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ดังที่ สีชล ทองมา¹¹ รายงานว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงประมาณร้อยละ 3 ต่อปี โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเพิ่มมากถึง 2.40-5.54 เท่า และ ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษา¹⁷ ที่ศึกษาความชุกของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ในประเทศไทยที่พบว่าผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป มีโอกาสเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย 2.40 เท่า ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องของปัจจัยในประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย

นอกจากนี้ จากการศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่าการมีกิจกรรมทางกายแบบมีแรงต้านสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=0.68, 95%CI; 0.355-1.336, p<0.001) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกายแบบมีแรงต้านมีโอกาสเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยลดลงร้อยละ 31.1 สอดคล้องกับ

หลักฐานทางวิทยาศาสตร์^{4,12} ที่แสดงให้เห็นว่า การออกกำลังกายแบบต้านทาน (resistance training) ช่วยกระตุ้นการสังเคราะห์โปรตีนกล้ามเนื้อ (muscle protein synthesis) และเพิ่มขนาดของเส้นใยกล้ามเนื้อ (muscle fiber hypertrophy) ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและจัดการภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยได้ Cruz-Jentoft และคณะ⁴ ระบุว่า การออกกำลังกายแบบต้านทานเป็นกิจกรรมที่มีหลักฐานสนับสนุนมากที่สุดในการป้องกันและรักษาภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย โดยควรทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ออกกำลังกายโดยการเดิน (ร้อยละ 96.4) ซึ่งเป็นกิจกรรมแบบแอโรบิก (aerobic exercise) และมีเพียงร้อยละ 55.6 ที่ทำกิจกรรมทางกายแบบแรงต้าน เช่น ยกของ ชูตดิน ตัดต้นไม้ขนาดใหญ่ ดังนั้นจากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าควรมีการส่งเสริมกิจกรรมทางกายแบบมีแรงต้านที่เป็นระบบในผู้สูงอายุชนบทเพิ่มขึ้น โดยเริ่มจากกิจกรรมง่ายๆ เช่น การยกขาสลับ การลุกนั่งจากเก้าอี้ การเขย่งยัด หรือการใช้ของใช้ในบ้านเป็นอุปกรณ์ออกกำลังกาย^{11,12} และการป้องกันก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้แก่ มีการคัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (sarcopenia) ให้เร็วขึ้น การดูแลสุขภาพของกล้ามเนื้อ (muscle health) ที่ดีตลอดช่วงชีวิตโดยเริ่มตั้งแต่วัยกลางคนเพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อที่แข็งแรง และส่งเสริมการออกกำลังกายในวัยทำงานเพื่อสร้างพื้นฐานสุขภาพกล้ามเนื้อที่ดีก่อนที่ร่างกายจะเริ่มเสื่อมตามวัย

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาระบบคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย และบูรณาการการคัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเข้ากับโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ เช่น

วารสารกองการพยาบาล

คลินิกผู้สูงอายุ การตรวจสุขภาพประจำปี และการเยี่ยมบ้าน

2. การส่งเสริมกิจกรรมทางกายแบบมีแรงต้าน โดยพัฒนาโปรแกรมออกกำลังกายที่เหมาะสมและกำลังกายแบบมีแรงต้านที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในชนบท โดยใช้อุปกรณ์ที่หาได้ง่ายในชุมชน เช่น ขวด

น้ำ ถูทราย ยางยืด ออกแบบโปรแกรมที่มีความหลากหลาย เริ่มจากระดับง่ายไปยาก โดยเริ่มจากกิจกรรมเบาๆ เช่น การยกขาสลับ การลุกนั่งจากเก้าอี้ แล้วค่อยๆ เพิ่มความหนักขึ้นตามความสามารถ กำหนดความถี่อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที

References

1. Ubon Ratchathani Provincial Statistical Office. Information in diagram form (Visualization) elderly person issue [Internet]. Ubon Ratchathani: National Statistical Office; 2024 [cited 2025 Jan 2]. Available from: https://ubon.nso.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=699:information-in-diagram-form-visualization-ubon-ratchathani-province-elderly-person&catid=38. Thai.
2. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. Survey of older persons in Thailand 2024 [Internet]. Bangkok: National Statistical Office; 2024 [cited 2025 Jan 2]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf. Thai.
3. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*. 2010;39(4):412-23.
4. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019;48(1):16-31.
5. Zhou Q, Zhu Y, Guo Q, Wang W, Wang L, Zhang X, et al. Association between sarcopenia and falls, fractures, hospital readmission, and all-cause mortality in older adults with endocrine disorders: a longitudinal study of aging in China. *BMC Musculoskelet Disord*. 2025;26(1):842.
6. Bahat G, Tufan A, Tufan F, Kilic C, Akpinar TS, Kose M, et al. Cut-off points to identify sarcopenia according to European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) definition. *Clin Nutr*. 2016;35(6):1557-63.
7. Chen LK, Woo J, Assantachai P, Auyeung TW, Chou MY, Iijima K, et al. Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 Consensus Update on Sarcopenia Diagnosis and Treatment. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(3):300-307.
8. Sri-On J, Fusakul Y, Kredarunsooksree T, Paksopis T, Ruangsiri R. The prevalence and risk factors of sarcopenia among Thai community-dwelling older adults as defined by the Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS-2019) criteria: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2022;22(1):786.
9. Nichanan Phitaksa. Prevalence and factors associated with sarcopenia in elderly people in Sri Sa Ket Municipality. *Journal of Medicine Sisaket Surin Buriram Hospital*. 2024;39(2):439-50. Thai.

10. Poonsri chaithongkhrua, Pharadee Temcharoen, Wasina Chansiree, Sirisak Suntharachai. Prevalence and factors related to sarcopenia in elderly people in Sattahip District, Chonburi Province. Journal of the Department of Medical Services. 2021;46(2):103-10. Thai.
11. Werayuth Srithumsuk, Sichon Tongma, Nonglak Klinpudtan, Siriporn Sawangchit, Jutarat Bandansin. The role of nurses in home care for elderly with sarcopenia. The Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021;22(1):65-73. Thai.
12. Borst SE. Interventions for sarcopenia and muscle weakness in older people. Age Ageing. 2004;33(6):548-55.
13. Champaiboon J, Petchlorlian A, Manasvanich B, Ubonsutvanich N, Jitpugdee W, Kittiskulnam P, et al. Calf circumference as a screening tool for low skeletal muscle mass: Cut-off values in independent Thai older adults. BMC Geriatr. 2023;23(1):826.
14. Cuesta F, Formiga F, Lopez-Soto A, Masanes F, Ruiz D, Artaza I, et al. Prevalence of sarcopenia in patients attending outpatient geriatric clinics: the ELLI study. Age Ageing. 2015;44(5):807-9.
15. Wu X, Li X, Xu M, Zhang Z, He L, Li Y. Sarcopenia prevalence and associated factors among older Chinese population: Findings from the China Health and Retirement Longitudinal Study. PLoS One. 2021;16(3):e0247617.
16. Bhat G, Ireland A, Shah N, Gondhalekar K, Mandlik R, Kajale N, et al. Prevalence and factors associated with sarcopenia among urban and rural Indian older adults. [Journal information appears incomplete in source]
17. Asavamongkolkul A, Adulkasem N, Chotiyarnwong P, Vanitcharoenkul E, Chandhanayingyong C, Laohaprasitiporn P, et al. Prevalence of osteoporosis, sarcopenia, and high falls risk in healthy community-dwelling Thai older adults: A nationwide cross-sectional study. JBMR Plus. 2024;8(2):ziad020.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

สุพรรณิการ์ แวอาราม*	พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)
เวหา เกษมสุข**	ศษ.ด. (การศึกษาตลอดชีวิต และการพัฒนามนุษย์)
เสาวรส มิกุล**	ปร.ด. (การพยาบาล)
พัชรินทร์ ศรีไชยเมธา*	พย.ม. (บริหารการพยาบาล)
ศรีสุดา เจียรรัตน์*	พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)
ณานิยา เทพนม*	พย.ม. (การศึกษาทางคลินิก) ออสเตรเลีย
ปนัดดา ภักดีวรรณ***	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ)

(รับ: 23 พฤศจิกายน 2568, แก้ไข: 17 ธันวาคม 2568, ตอรับ: 24 ธันวาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงกันยายน พ.ศ. 2568 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 23 คน ผู้ดูแล 30 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ 3) แบบประเมินความรู้ ทักษะ และการรับรู้ต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพของพยาบาลวิชาชีพ 4) แบบประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปัญหาที่พบ และ 5) แบบบันทึกอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ชุดความรู้สำหรับพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแล และ 2) ระบบการกำกับดูแลการปฏิบัติการพยาบาลภายหลังการใช้รูปแบบ พยาบาลวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ต่อการใช้รูปแบบในการปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เช่นเดียวกับกลุ่มผู้ดูแล ซึ่งพบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ และทักษะ หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) นอกจากนี้ ภายหลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค คิดเป็นร้อยละ 100.00

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแล รวมถึงส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงควรนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ และขยายผลสู่โรงพยาบาลอื่น เพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาลฟื้นฟูสภาพอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ข้อมูล การฟื้นฟูสภาพ โรคหลอดเลือดสมอง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

Corresponding author; Email: giffypp16@gmail.com

The Rehabilitation Nursing Model Development for Stroke Patients at Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute

Suphannikar Waewaram*	M.N.S. (Family Nurse Practitioner)
Weha Kasemsuk **	Ed.D. (Lifelong Education and Human Development)
Saovaros Meekusol **	Ph.D. (Nursing)
Patcharin Sorachaimetha*	M.N.S. (Nursing Administration)
Srisuda Chiarat*	M.N.S. (Family Nurse Practitioner)
Chaniya Theppanom*	M.N.S. (Clinical study), Australia
Panutda Phakdeewiwat***	M.N.S. (Adult Nursing)

(Received: November 23, 2025, Revised: December 17, 2025, Accepted: December 24, 2025)

Abstract

Nursing care for stroke patients in the rehabilitation phase is important and results in continuing effective caring and a patient's quality of life. This research and development study aimed to develop a rehabilitation nursing model for stroke patients. The study conducted at Inpatient department, Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute. The samples were purposively sampling including 23 registered nurses, 30 caregivers, and 30 stroke patients in the rehabilitation phase. The results showed that after applying the rehabilitation nursing model, nurses' mean scores of knowledges regarding stroke patient care, skills in rehabilitation caring stroke patient, and perception towards applying the rehabilitation nursing model into practice were significantly higher than before having the rehabilitation nursing model ($p\text{-value} < 0.01$). Moreover, the mean scores of skills of the caregivers after applying the rehabilitation nursing model were significantly higher ($p\text{-value} < 0.01$). The results also showed that 100% of the stroke patients did not experience any complications (aspirated pneumonia and constipation). Therefore, the developed rehabilitation nursing model should lead to implementation and distribution to other hospitals in order to provide continuing and effective rehabilitation nursing care for stroke patients.

Keywords: Informational Program, Rehabilitation, Stroke Patients

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute

** Faculty of Nursing, Mahidol University

*** Registered Nurse, Professional Level, Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute

Corresponding author; Email: giffypp16@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่เซลล์สมองถูกทำลาย มีสาเหตุจาก หลอดเลือดตีบ ตัน หรือแตก ทำให้เกิดอาการอัมพฤกษ์ อัมพาตและอาจร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต¹ เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก ในแต่ละปีพบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 15 ล้านคนทั่วโลก ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตจากโรค จำนวน 5 ล้านคน และป่วยเป็นอัมพาต พิการและเป็นการระต่อครอบครัวและชุมชน จำนวน 5 ล้านคน² ประเทศไทยมีความชุกเพิ่มมากขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี 2566 - 2568 มีจำนวน 350,328 359,360 และ 363,390 ราย³ ตามลำดับ

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เป็นหน่วยงานที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย/คนพิการทุกประเภททั้งงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและงานการพยาบาลผู้ป่วยใน สถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในคลินิกฟื้นฟูต่างๆ ของสถาบันฯ ปีงบประมาณ 2566 - 2567 มีจำนวน 30,091 และ 31,426 รายตามลำดับ ซึ่งเป็นอันดับ 1 ของผู้รับบริการทั้งหมด สำหรับสถิติการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน อันดับ 1 คือ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีสถิติ ปีงบประมาณ 2566 - 2567 จำนวน 192 และ 183 รายตามลำดับ⁴ ผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละรายมีปัญหาที่แตกต่างกันไป จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู ปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566) พบว่า มีผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่มีสาเหตุจากภาวะเลือดออกในสมอง (Hemorrhage stroke) และภาวะสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) จำนวน 192 ราย และในปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567) จำนวน 183 ราย สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่เข้ารับการฟื้นฟู

สมรรถภาพแบบผู้ป่วยในของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู ปัญหาที่พบมากที่สุด 2 อันดับแรก คือ ภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia) จำนวน 150 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 และปัญหาาระบบขับถ่ายอุจจาระ (Bowel problem) 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.93⁴ ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวสามารถฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพด้วย ความรู้ ทักษะและความชำนาญของพยาบาล ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ⁵ พยาบาลมีบทบาทสำคัญทั้งโดยตรงและทางอ้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ทั้งด้านการให้บริการพยาบาล การติดต่อประสานงาน การพิทักษ์สิทธิ การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านหรือไปทำงาน⁶ อันจะส่งผลให้ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพมีความก้าวหน้าและเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

ปัจจุบันกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยในภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู มีพยาบาลหมุนเวียนเข้ามาปฏิบัติงานใหม่ตลอดเวลา ซึ่งส่งผลให้การพัฒนาทีมบุคลากรให้มี ความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญเพื่อการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้ความรู้และทักษะเฉพาะทางด้านการพยาบาลฟื้นฟูสภาพไม่ต่อเนื่องและครอบคลุมทุกคน จึงเป็นหน้าที่ของผู้บริหารของภารกิจด้านการพยาบาลที่ต้องควบคุมคุณภาพบริการพยาบาลให้ได้มาตรฐานและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ด้วยความจำเป็นและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะผู้พัฒนาและควบคุมคุณภาพการพยาบาล จึงมีแผนพัฒนารูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพให้ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคที่ให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มโรคอันดับหนึ่งที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วยในที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญในการพัฒนารูปแบบ

วาระการพยาบาล

การพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและควบคุมคุณภาพบริการพยาบาลของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ได้มาตรฐานมีคุณภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ ภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลักซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิตและภาวะท้องผูกซึ่งเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (Recurrent stroke) ที่จะเกิดกับผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ พึ่งตัวเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งขยายผลเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้กับหน่วยงานหรือองค์กรอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
2. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบฯ โดย

2.1 เปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และการรับรู้ต่อการใช้รูปแบบของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

2.2 เปรียบเทียบความรู้ และทักษะ ของผู้ดูแล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

2.3 ประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย หลังการใช้รูปแบบฯ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิด การพัฒนาคุณภาพบริการของโดนาบีเดียน (Donabedian Model) ⁷ เป็นการพัฒนาระบบบริการเพื่อนำไปสู่การให้บริการที่มีคุณภาพเกิดผลลัพธ์ที่ดี โดยมีองค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่ 1) โครงสร้าง (Input) 2) กระบวนการ (Process) 3) ผลลัพธ์ (Outcome) ในการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดัง ภาพที่ 1

โครงสร้าง	กระบวนการ	ผลลัพธ์
1. การพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น สำหรับพยาบาล ผู้ดูแลและผู้ป่วย ประกอบด้วย 1. ชุดความรู้ของพยาบาลและผู้ดูแล 2. การกำกับดูแลการปฏิบัติการพยาบาล	ด้านพยาบาล ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ทักษะการดูแลผู้ป่วย การรับรู้ต่อการใช้รูปแบบ ด้านผู้ดูแล ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ทักษะการดูแลผู้ป่วย ด้านผู้ป่วย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง
2. สมรรถนะของพยาบาลและผู้ดูแล		

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยที่ใช้ในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การดำเนินงานการวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้

ประชากร มี 2 กลุ่ม คือ

- 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการ

ฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ตั้งแต่วันที่ 25 มิถุนายน 2568 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2568

2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกด้วยวิธี

เฉพาะเจาะจง มี 2 กลุ่ม ดังนี้

1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแล ตั้งแต่วันที่ 25 มิถุนายน 2568 - วันที่ 30 กันยายน 2568 **เกณฑ์การคัดเลือก** คือ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มารับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ที่เข้าพักนอนในสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดจนสิ้นสุดโครงการ **เกณฑ์การคัดออก** คือ ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบรุนแรง ต้องส่งต่อไปรับการรักษาต่อยังโรงพยาบาลอื่น เข้าพักนอนในสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ น้อยกว่า 3 สัปดาห์ และผู้ดูแลที่เกิดการเจ็บป่วยระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยหรือให้การดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง แบ่งเป็น ผู้ป่วย 30 ราย และผู้ดูแล 30 ราย

2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ทุกคน ทั้ง 3 หอ ผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยชาย หอผู้ป่วยหญิง หอผู้ป่วยพิเศษ จำนวน 23 คน (ไม่รวมหัวหน้าหอผู้ป่วย) **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ประกอบด้วย

1.1 ชุดข้อมูลความรู้สำหรับพยาบาล

วิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล ได้แก่ คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ แผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ วัตถุประสงค์การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพและผู้ดูแล

1.2 การกำกับดูแลการปฏิบัติการพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติโรคประจำตัว ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้ ผู้ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย

2.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ของพยาบาล การศึกษา/อบรมเพิ่มเติมหลังสำเร็จ การศึกษาระดับปริญญาตรี

2.3 แบบประเมินความรู้ ทักษะและการรับรู้ต่อการใช้รูปแบบฯ ของพยาบาล

2.4 แบบประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและปัญหาที่พบ

2.5 แบบบันทึกอัตราภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะท้องผูก และกลืนลำบาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล (ด้านโรคหลอดเลือดสมอง) 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีส่วนการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ 1 ท่าน โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความสอดคล้อง และกำหนดค่าดัชนีความตรงตาม

วาระการสาธารณสุข

เนื้อหา (Content validity index [CVI]) มากกว่า 0.9 ทุกฉบับ จากนั้นนำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขในด้านภาษา การสื่อความหมาย ความเข้าใจ ความชัดเจน เข้าใจง่ายไม่ซ้ำซ้อนก่อนนำไปใช้

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามในการวิจัยไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ และพยาบาลกลุ่มที่ปฏิบัติการพยาบาลฟื้นฟูสภาพให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) มากกว่า 0.8 ทุกฉบับ

3. การตรวจสอบรูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู โดยผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เลขที่ 68013 ตั้งแต่วันที่ 25 มิถุนายน 2568 ถึงวันที่ 24 มิถุนายน 2569 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยในทุกคน ทั้ง 3 หอผู้ป่วย และจากผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูและนอนพักรักษาตัวที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ พร้อมการลงนามในใบยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย โดยทั้งพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถแสดงความจำนงค์ในการออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานและการรักษา และข้อมูลที่ได้จะแปลผลในภาพรวมของการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ปีที่ 52 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2568

1) ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม ศึกษากรอบแนวคิด และสร้างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย และดำเนินการขออนุมัติการทำวิจัยในคน จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

2) ผู้วิจัยขออนุญาตทำการวิจัยจากผู้อำนวยการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

3) ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยในทุกคน ทั้ง 3 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยชาย หอผู้ป่วยหญิง หอผู้ป่วยพิเศษ และจากผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูและนอนพักรักษาตัวที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

4) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาแล้ว ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ประกอบด้วย 1) ชุดความรู้สำหรับพยาบาล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาและการพยาบาล โดยการจัดการทำการจัดการความรู้ ให้กับพยาบาลทั้ง 23 คน มีการประเมินความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้ สอนสาธิต การประเมินปัญหาภาวะการกลืนลำบาก การนัดหน้าห้อง 2) การกำกับดูแล หลังจากสอนสาธิตแล้วมีการแบ่งกลุ่มฝึกการประเมินภาวะการกลืนลำบาก และการนัดหน้าห้องกับทีมผู้วิจัย เพื่อให้พยาบาลทั้ง 23 ท่านมีความมั่นใจในการประเมินภาวะการกลืนลำบาก และมั่นใจในการนำชุดความรู้ไปสอน/สาธิตให้กับผู้ดูแล และผู้ป่วย

5) พยาบาลทั้ง 23 คน ที่ปฏิบัติงานตามหอผู้ป่วยทั้ง 3 หอ ประเมินภาวะการกลืนลำบากในผู้ป่วยทุกรายตั้งแต่แรกรับ ให้ความรู้/สอนสาธิตการนัดหน้าห้องแก่ผู้ดูแล อย่างน้อย 3 ครั้ง ประเมินทักษะ

วารสารกองการพยาบาล

ของพยาบาลระหว่างใช้เครื่องมือ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและทีมวิจัย ประเมินผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั้ง 3 หอ ทั้งด้านทักษะ ความรู้ และภาวะแทรกซ้อน

6) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และการรับรู้ต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ในกลุ่มพยาบาล และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันสิรินธรเพื่อการพัฒนาสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ประกอบด้วย 1) ชุดความรู้ของพยาบาลและผู้ดูแล 2) การกำกับดูแลการปฏิบัติการพยาบาล

2. ผลลัพธ์การใช้รูปแบบฯ มีดังนี้

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มพยาบาล กลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.7, 53.3 และ 90.0 ตามลำดับ ที่มีช่วงอายุของแต่ละกลุ่มที่แตกต่างกัน โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 29.29 ปี (S.D. = 6.17) 54.97 ปี (S.D. = 18.76) และ 47.17 ปี (S.D. = 10.54) ตามลำดับ สถานภาพสมรสในกลุ่มพยาบาลส่วนใหญ่เป็นโสด ร้อยละ 78.3 ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.3 และ 56.7 ตามลำดับ กลุ่มพยาบาลส่วนใหญ่เป็นพนักงานราชการ ร้อยละ 73.9 ที่มีอายุราชการอยู่ในช่วง 0 - 3 ปี ร้อยละ 56.5 กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 40.0 และผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 46.7 อีกทั้งในกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็น อัมพาตข้างซ้าย ร้อยละ 53.3 และมีระยะเวลาการดำเนินของโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่า 6 เดือน ร้อยละ 50.0 รวมถึงส่วนมากของกลุ่มผู้ป่วยไม่เกิดการกลับมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ร้อยละ 93.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	กลุ่มตัวอย่าง					
	พยาบาล (n = 23)		ผู้ป่วย (n = 30)		ผู้ดูแล (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	1	4.3	14	46.7	3	10.0
หญิง	22	95.7	16	53.3	27	90.0
อายุ	Mean = 29.29 SD = 6.17 MAX = 43 Min = 22		Mean = 54.97 SD = 18.76 MAX = 81 Min = 21		Mean = 47.17 SD = 10.54 MAX = 65 Min = 26	
สถานภาพสมรส						
หม้าย/หย่า	1	4.3	2	6.7	3	10.0
สมรส/คู่	4	17.4	19	63.3	17	56.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	กลุ่มตัวอย่าง					
	พยาบาล (n = 23)		ผู้ป่วย (n = 30)		ผู้ดูแล (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โสด	18	78.3	9	30.0	10	33.3
อาชีพ						
พกส.	6	26.1	-	-	-	-
รับราชการ	17	73.9	10	33.3	1	3.3
เกษตรกรรม	-	-	1	3.3	3	10.0
รับจ้างทั่วไป	-	-	1	3.3	14	46.7
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-	-	4	13.3	5	16.7
พนักงานบริษัท	-	-	2	6.8	6	20.0
ว่างงาน	-	-	12	40.0	1	3.3
อายุการปฏิบัติงาน						
0-3 ปี	13	56.5	-	-	-	-
3-5 ปี	3	13.0	-	-	-	-
5-10 ปี	5	21.7				
> 10 ปี	2	8.8				
การวินิจฉัยโรค						
Lt. Hemiplegia	-	-	16	53.3	-	-
Rt. Hemiplegia	-	-	11	36.7	-	-
Bilateral Hemiplegia	-	-	3	10.0	-	-
ระยะเวลาของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง						
< 6 เดือน	-	-	15	50.0	-	-
6 เดือน – 1 ปี	-	-	5	16.7	-	-
1-5 ปี	-	-	10	33.3	-	-
ระยะเวลาของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง						
< 6 เดือน	-	-	15	50.0	-	-
6 เดือน – 1 ปี	-	-	5	16.7	-	-
1-5 ปี	-	-	10	33.3	-	-
การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง						
0 ครั้ง	-	-	28	93.3	-	-
1 ครั้ง	-	-	2	6.7	-	-

รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ สามารถอธิบายขั้นตอนตามกระบวนการ ได้ 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะประเมินและจำแนกกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินแรกเริ่ม (Initial Assessment) ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังรับเข้าหอผู้ป่วย พยาบาลประจำเวร ประเมินและระบุปัญหาทางการพยาบาล โดยเน้นค้นหาปัญหา "ภาวะท้องผูก" และ "ภาวะกลืนลำบาก"

ขั้นตอนที่ 2 การคัดกรอง (Screening) โดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน Nursing bedside swallowing screen โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันปัญหาการกลืนก่อนวางแผนการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 การแบ่งกลุ่มผู้ป่วย (Grouping) ตามผลการคัดกรอง เพื่อเตรียมเข้าสู่ระยะปฏิบัติการ โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ไม่พบปัญหาทั้งภาวะกลืนลำบากและภาวะท้องผูก

กลุ่มที่ 2 พบปัญหาภาวะกลืนลำบาก

กลุ่มที่ 3 พบปัญหาภาวะท้องผูก

กลุ่มที่ 4 พบทั้งปัญหาภาวะกลืนลำบากและภาวะท้องผูก

2. ระยะปฏิบัติการพยาบาล (Intervention Phase)

ในระยะนี้ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานให้ความรู้และสอนสาธิตแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล อย่างน้อย 3 ครั้ง ภายในสัปดาห์แรก โดยเนื้อหาแตกต่างกันตามกลุ่มที่จำแนก ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ไม่พบปัญหาทั้งภาวะกลืนลำบากและภาวะท้องผูก ดำเนินการ ให้ความรู้ผู้ดูแล

และผู้ป่วย โดยสื่อวีดิทัศน์ ในหัวข้อ ดังนี้ 1) โรคหลอดเลือดสมอง 2) แนวทางการรักษาและการฟื้นฟูฯ 3) การทำความสะอาดช่องปาก (Oral care) 4) การรับประทานอาหาร 5) ประเภทย่อยอาหาร 6) การนวดหน้าท้อง 7) สอนสาธิตการนวดหน้าท้อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะท้องผูก

กลุ่มที่ 2 พบปัญหาภาวะกลืนลำบาก ดำเนินการ ให้ความรู้ผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยสื่อวีดิทัศน์ ดังนี้ 1) โรคหลอดเลือดสมอง 2) แนวทางการรักษาและการฟื้นฟูฯ 3) การทำความสะอาดช่องปาก (Oral care) 4) การรับประทานอาหาร 5) การออกกำลังกายกล้ามเนื้อรอบปาก (Oro motor exercise) 6) ประเภทย่อยอาหาร 7) การนวดหน้าท้อง และ 8) สอนสาธิตการนวดหน้าท้อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะท้องผูก

กลุ่มที่ 3 พบปัญหาภาวะท้องผูก ดำเนินการ ให้ความรู้ผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยสื่อวีดิทัศน์ ดังนี้ 1) โรคหลอดเลือดสมอง 2) แนวทางการรักษาและการฟื้นฟูฯ 3) การทำความสะอาดช่องปาก (Oral care) 4) การรับประทานอาหาร 5) ประเภทย่อยอาหาร 6) การนวดหน้าท้อง 7) สอนสาธิตการนวดหน้าท้อง 8) การเหน็บสบู่ 9) การกระตุ้นทวารหนัก (Rectal digital stimulation: RDS)

กลุ่มที่ 4 พบทั้งปัญหาภาวะกลืนลำบากและภาวะท้องผูก ดำเนินการ ให้ความรู้กับผู้ดูแลและผู้ป่วยโดยสื่อวีดิทัศน์ ดังนี้ 1) โรคหลอดเลือดสมอง 2) แนวทางการรักษาและการฟื้นฟูฯ 3) การทำความสะอาดช่องปาก (Oral care) 4) การรับประทานอาหาร 5) การออกกำลังกายกล้ามเนื้อรอบปาก (Oro motor exercise) 6) ประเภทย่อยอาหาร 7) การนวดหน้าท้อง และ 8) สอนสาธิตการนวดหน้าท้อง 9) การเหน็บสบู่ 10) การกระตุ้นทวารหนัก (Rectal digital stimulation: RDS)

วาระสภากองการพยาบาล

3. ระยะประเมินผล (Evaluation Phase)
หลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการให้ความรู้และการสอน
สาธิต ดำเนินการประเมินผลลัพธ์ได้แก่

1.1 การประเมินพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน
โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย นิเทศพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน
ทุกครั้งที่ได้ให้ความรู้และสอนสาธิตแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วย
เพื่อประเมินทักษะของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน

1.2 การประเมินผู้ดูแล โดยพยาบาล

ผู้ปฏิบัติงาน ประเมินผู้ดูแล เกี่ยวกับความรู้และทักษะ
ในการดูแลผู้ป่วย หลังจากได้รับความรู้และการสอน
สาธิต

1.3 การประเมินผู้ป่วย โดยพยาบาล
ผู้ปฏิบัติงาน ประเมินผลสัมฤทธิ์ ภาวะแทรกซ้อน และ
ความพึงพอใจก่อนจำหน่ายผู้ป่วย โดยรูปแบบ
ดังกล่าวแสดงใน ภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ของสถาบันสรีนธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

วารสารกองการพยาบาล

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มพยาบาล พบว่า ภายหลังจากพยาบาลที่ได้รับการใช้รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังแสดงใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ในกลุ่มพยาบาล โดยใช้สถิติ Paired Sample T-Test

ระยะเวลาของการวัดความรู้	คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง			
	Mean	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	0.69	7.625	22	< 0.001*
หลังการทดลอง	0.84			

*P < .05

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟู ในกลุ่มพยาบาลและคะแนนเฉลี่ยทักษะในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการใช้รูปแบบในกลุ่มพยาบาลและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภายหลังจากการใช้รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ กลุ่มพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และคะแนนเฉลี่ยทักษะในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) รวมถึงในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) รวมถึงคะแนนการรับรู้ต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับ เห็นด้วย (Mean = 4.45, SD = 0.51, Max = 5, Min = 3.67) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯในกลุ่มพยาบาลและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ Paired Sample T-Test

ระยะเวลาของการวัด	คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อการใช้รูปแบบฯ และทักษะการดูแลผู้ป่วย			
	Mean	t	df	p-value
กลุ่มพยาบาล				
การรับรู้ต่อการใช้ระบบการพยาบาลฟื้นฟู				
ก่อนการทดลอง	3.16	-25.96	22	< 0.001*
หลังการทดลอง	4.27			
ทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				
ก่อนการทดลอง	1.56	-13.81	22	< 0.001*

ระยะเวลาของการวัด	คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อการใช้รูปแบบฯ และทักษะการดูแลผู้ป่วย			
	Mean	t	df	p-value
หลังการทดลอง	2.44			
กลุ่มผู้ดูแล				
ก่อนการทดลอง	1.29	-7.754	29	< 0.001*
หลังการทดลอง	2.08			

*P < .05

ด้านภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย พบว่า หลังได้รับการใช้รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 100

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่าการพัฒนารูปแบบของการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เกิดคุณภาพและผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องอาศัยตั้งแต่การมีส่วนร่วมตามลำดับขั้นอย่างครอบคลุมทั้งหัวหน้าพยาบาล พยาบาลปฏิบัติการ ผู้ป่วย และผู้ดูแล รวมถึงการจัดจำแนกกลุ่มของประเภทผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการดูแลตามแนวปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอนและเหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ยังมีการติดตามและประเมินผลสัมฤทธิ์ตามลำดับความรับผิดชอบสองช่องทางผ่านทางหัวหน้าพยาบาล และพยาบาลปฏิบัติการเพื่อควบคุมคุณภาพของการดูแลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁸ ที่มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ประกอบด้วยคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย พยาบาลจัดการรายกรณี ผู้ป่วย และผู้ดูแล ภายใต้แนวทางปฏิบัติและระบบการให้คำปรึกษาพร้อมทั้งมีการติดตามผลลัพธ์ของการดูแลอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาการ

พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง⁹ ที่มีการใช้แนวปฏิบัติในการคัดกรองแบ่งประเภทผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

จากผลการวิจัยอธิบายได้กว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับรูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู และการรับรู้สมรรถนะตนเองของพยาบาลวิชาชีพ ได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วยเนื้อหาในด้านความรู้เรื่องโรคและพยาธิสภาพ การพยาบาล และทักษะสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลวิชาชีพ¹⁰ พบว่า การให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับความหมายของโรค การวินิจฉัย แนวทางการวางแผนการพยาบาล ทักษะที่จำของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะสำคัญทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ของพยาบาลวิชาชีพ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001)

รวมถึงรูปแบบของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะสำหรับในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องนั้นจำเป็นต้องมีการใช้แนวทางบริหารจัดการที่ชัดเจน ประกอบกับการใช้สื่อคู่มือที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจเพื่อให้เกิดเป็นแบบแผนของการพยาบาลในแนวทางเดียวกันอันส่งผลต่อองค์ความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีคุณภาพ ที่สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹¹ พบว่า การใช้แนวปฏิบัติที่เป็นแบบแผนอย่างละเอียดและชัดเจนพร้อมทั้งการให้ความรู้กับกลุ่มพยาบาลโดยเลือกใช้เอกสารคู่มือที่เข้าใจได้ง่าย และสะดวกต่อการเข้าถึงสามารถส่งผลต่อการเพิ่มความรู้ ทักษะ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) รวมถึงการฝึกทบทวนภาคปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะช่วยส่งเสริมความรู้ ความชำนาญของทักษะ และการรับรู้สมรรถนะในตัวของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสมที่สอดคล้องกับการศึกษาการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองต่อความรู้ ทักษะ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลวิชาชีพ¹² พบว่า การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์ที่เอื้ออำนวยและการทบทวนหลายๆครั้งจะทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดประสบการณ์การเรียนรู้โดยเริ่มจากความรู้สู่ทักษะที่ดี และเกิดความมั่นใจมากขึ้น ส่งผลให้ระดับความรู้ ทักษะ และการรับรู้ความสามารถของตนเองของพยาบาลภายหลังจากการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$)

นอกจากนี้จากผลการวิจัยอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับรูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง เพื่อทำการส่งเสริมทักษะของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูผ่านการอบรมร่วมกับการใช้คู่มือและสื่อวีดิทัศน์ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสมนั้นจำเป็นต้องมีกระบวนการในการออกแบบสื่อการสอนที่เหมาะสม โดยต้องเริ่มจากการประเมินการสนับสนุนการเรียนรู้ รวมถึงการติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดสัมพันธภาพที่ดีและยอมรับกระบวนการส่งเสริมทักษะสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างต่อเนื่องที่สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹³ พบว่า การส่งเสริมทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องมีการประเมินปัญหาและความต้องการ การประสานงานในทีมสุขภาพ เพื่อนำมาออกแบบสื่อการให้ความรู้ และการติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของกระบวนการสอนอันส่งผลต่อระดับความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้นของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) และการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹⁴ พบว่า การให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผน และออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความสนใจและเข้าใจใ้ต่อการทบทวนเนื้อหาการสอนได้อย่างต่อเนื่อง นำมาซึ่งการเพิ่มขึ้นของทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) อีกทั้งหากผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดและทำการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายกลับจากโรงพยาบาลสามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพจะนำมาซึ่งการลดลงของภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า หลังผู้ป่วยได้รับ

การใช้รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ดูแลและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย¹⁵ พบว่า การส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ดีนำมาซึ่งการไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น ภาวะปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 100

จะเห็นว่ารูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ สามารถทำให้ทั้งพยาบาลวิชาชีพ และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยต้องมีกระบวนการแบบแผนและแนวทางที่ชัดเจน สื่อการสอนที่เข้าใจง่ายและเข้าถึงได้ง่าย รวมถึงการให้ผู้เรียนร่วมวางแผนกิจกรรมและติดตามอย่างต่อเนื่องจึงจะสามารถส่งเสริมความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม

สรุป ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และรับรู้ต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพในการปฏิบัติงาน ในพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.01$) ในกลุ่มผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยทักษะ และการรับรู้หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.01$)

ข้อเสนอแนะ

- 1) โรงพยาบาลควรมีนโยบายในการสนับสนุน ส่งเสริม ความรู้และทักษะของพยาบาลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู
- 2) ผลการวิจัยนี้ควรนำรูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ไปทดลองใช้ในสถานบริการสุขภาพที่ให้บริการด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอื่นๆ
- 3) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบสองกลุ่มก่อนและหลัง (quasi-experimental two-group pre-posttest design) เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับกลุ่มที่ไม่ได้รับรูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Reference

1. Ministry of Public Health DCD. Stroke [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://www.ddc.moph.go.th/dncd/publishinfodetail.php?publish=15235&deptcode=dncd>. Thai.
2. World Health Organization. Stroke, Cerebrovascular accident [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/>
3. Health Data Center M of PH. Prevalence Rate of Stroke [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/3092c3c3250ae67155f7e134680c4152>. Thai.
4. Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute. Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute Annual Report 2024 [Internet]. 2024 [cited 2025 Nov 21]. Available from:

<https://www.snmri.go.th/annual-report/>. Thai.

5. Wu M, Zhang Y, Pi G, Chen B, Yang N. Evaluating the Clinical Effectiveness of Nurse-Led Rehabilitation for Stroke Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2025; October 31. Available from: <https://doi.org/10.1111/jan.70337>
6. Suphannikar Waewaram. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2017; 35 (4): 4-10. Thai.
7. Donabedian A, Bashshur R. An introduction to quality assurance in health care. Oxford University Press; 2003. 200 p.
8. Chanaman P. Development of stroke patients care model. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*. 2023;7(14):13–23. Thai.
9. Jirawan Rattanamaneeeradsamee. Development of nursing practice guidelines for rehabilitation stroke patients in inpatient department, Moeiwadi Hospital. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2023;3(3): 289–297. Thai.
10. Ratchada Janwittayarak. The effects of knowledge and Skill of Using Discharge planning in CerebrovascularDisease Patients Development Program on knowledge and Skill Using DischargePlanning among Registered Nurses who worked at the Inpatient Department, Chawang Crown Prince Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. *South Reg Prim Heal CARE Journal*. 2024; 38(3):89-98. Available from: <https://thaidj.org/index.php/srtc/article/view/15586/12336>. Thai.
11. Kanlaya Puangchan, Sirikan Jinawin. Effects of Using a Nursing Practice Guidelines for the Care of Acute Thrombotic or Ischemic Stroke Patients, Phrae Hospital. *Journal of the Phrae Hospital* 2020; 28(2):1-17. Available from: <https://thaidj.org/index.php/jpph/article/view/10692/9419>. Thai.
12. Thanabootsri S, Panyathorn K. Effects of Simulation-Based Learning on Knowledge, Ability to Perform Critical Care and Self-Efficacy Perceived in Providing Care for Patients with Critical Stroke Among Professional Nurses Saritchai Thanabootsri, Professional Nurse, Seka Hospital. *Udonthani Hospital Medical Journa*. 2024; 215-225. Available from: <https://he02.tci-haijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/270850/184527>. Thai.
13. Patcharee Rittsorn. Effects of skill training program for caregivers of dependent stroke patients while Banphue hospital. *Journal of Environmental and Community Health*. 2023; 8(1): 287-293. Thai.
14. Duangman Kommom. Effects of Knowledge and Skill Promotion Program for Caregivers of StrokePatients, Phrae Hospital. *Journal of the Phrae Hospital*. 2020; 28(1): 93-106. Available from: <https://thaidj.org/index.php/jpph/article/view/10546/9315>. Thai.
15. Wirarat Nilsawaddi. Effects of a Hospital-to-Home Transitional Care Program on Activities of Daily Living, Patients' Complications, and Self-Management Ability of Caregivers. *Journal of Nursing and Public Health Research*. 2022; 2(3): 57-70. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr>. Thai.

ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน กระทรวงสาธารณสุข

ภราดร ยิ่งยวด* พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

อุไรพร จันทะอุมเม้า** วท. ม. (จิตวิทยาชุมชน)

ขวัญนภา ขวัญสถาพรกุล*** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

(รับ: 30 พฤศจิกายน 2568, แก้ไข: 7 ธันวาคม 2568, ตอรับ: 21 ธันวาคม 2568)

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนและกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แนวคิด “Donabedian’s Framework” ครอบคลุมด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้ (1) ตั้งคณะกรรมการ (2) ทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน (3) คัดเลือกตัวชี้วัดฯ (4) ยกย่องและประชาสัมพันธ์ตัวชี้วัดฯ และ (5) กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชนระดับประเทศ

ผลการศึกษา ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน มี 16 ตัวชี้วัด คือ (1) สัดส่วนพยาบาลชุมชนต่อประชากร (2) สัดส่วนพยาบาลชุมชนทั่วไปและพยาบาลเฉพาะทาง (3) ชั่วโมงการเยี่ยมบ้าน (4) อัตราการเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายด้วยระบบบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) ตามแผน (5) อัตราการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนกลุ่มเสี่ยง (6) อัตราความครอบคลุมของการประเมินและติดตามอาการปวดกลุ่มผู้ป่วยระดับประคอง (7) อัตราผู้ที่มีภาวะกลืนลำบาก/อุจจาระไม่อยู่ได้รับการฝึกการขับถ่าย (8) อัตราการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่บ้าน (9) อัตราการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่บ้าน (10) อัตราการเกิดภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยที่บ้าน (11) อัตราการเกิดอาการทางจิตและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่บ้าน (12) อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง (13) อัตราคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง (14) อัตราภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (15) อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการพยาบาลในชุมชน และ (16) อัตราความพึงพอใจในงานของพยาบาลชุมชน

คำสำคัญ: ตัวชี้วัดคุณภาพ การพยาบาลในชุมชน การประกันคุณภาพ

* นักวิชาการพยาบาลชำนาญการ กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
Corresponding E-mail: paradorn@moph.go.th

** ผู้อำนวยการกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

*** นักวิชาการพยาบาลชำนาญการพิเศษ กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข

Community nursing indicators; Ministry of Public Health

Paradorn Yingyoud* M.N.S. (Community Nurse Practitioner)

Uraiporn Janta-um-mou** M.S. (Community Psychology)

Khwannapha Khwansatapornkoon*** M.N.S. (Adult Nursing)

(Received: November 30, 2025, Revised: December 7, 2025, Accepted: December 21, 2025)

Abstract

This article aimed to review and define community nursing quality indicators, the Ministry of Public Health based on **Donabedian's Framework**, comprising of structure, process, and outcome aspects. The development process consisted of five steps: (1) committee establishment; (2) community nursing quality indicators review; (3) indicators selection; (4) indicators drafting and public hearing; and (5) national community nursing quality indicators finalization.

The results identified **16 community nursing quality indicators**: (1) community nurses to population ratio; (2) community nurses to specialist nurses ratio; (3) hours of home visit; (4) target population home visit rate using tele-nursing services according to plan; (5) depression surveillance rate of at-risk populations; (6) pain assessment coverage and follow-up rate in palliative care patients; (7) toilet training rate of individuals with urinary/ fecal incontinence; (8) fall rate among home-based patients; (9) pressure ulcer rate among home-based patients; (10) urinary tract infection rate among home-based patients; (11) mental and behavioral symptoms rate among home-based psychiatric and substance abuse patients; (12) self-management capability rate among chronic disease patients; (13) quality of life rate among chronic disease patients; (14) fatigue rate among home-based caregivers; (15) satisfaction rate among community nursing service users; and (16) job satisfaction rate among community nurses.

Keywords: Nursing indicators, Community nursing, Quality assurance

* Nursing Technical officer, Professional Level, Nursing Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health; E-mail: paradorn@moph.go.th

** Director of Nursing Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health.

*** Nursing Technical officer, Senior professional level, Nursing Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health.

บทนำ

ระบบการประกันคุณภาพการพยาบาล ประกอบด้วย การประกันคุณภาพการพยาบาลภายใน และการประกันคุณภาพการพยาบาลภายนอก เป็นกลไกสำคัญของการสะท้อนการทำงานตามมาตรฐาน โดยมีตัวชี้วัดของการดำเนินงานที่ทำให้เห็นภาพของผลลัพธ์ กระทรวงสาธารณสุข โดยกองการพยาบาล ได้นำมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล และมาตรฐานการพยาบาลในชุมชน มาวางรากฐานระบบคุณภาพการพยาบาล และใช้ติดตามการทำงานตามมาตรฐานการพยาบาลและตัวชี้วัด พร้อมทั้งกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลและในชุมชน ระดับประเทศ เพื่อยกระดับและสนับสนุนนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข¹ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันสถานการณ์สุขภาพของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก อาทิเช่น สังคมผู้สูงอายุ ความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องปฏิรูประบบสุขภาพ เน้นการเพิ่มศักยภาพการดูแลของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ส่งผลให้มีการขยายขอบเขตและบทบาทการจัดบริการพยาบาลในชุมชน ครอบคลุมกลุ่มผู้รับบริการในชุมชนเพิ่มขึ้น² เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนที่บ้าน (Home ward) การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative care) การดูแลผู้ป่วยผ่านทางไกล (Tele-nursing) เป็นต้น เพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและความต้องการของผู้รับบริการ โดยมีเป้าหมาย คือ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ มีมาตรฐาน ลดความเหลื่อมล้ำ

ของการให้บริการสุขภาพ และมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการเปลี่ยนแปลงของบริบทการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการในชุมชนที่กล่าวมา ทำให้ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชนที่สะท้อนภาพรวมของประเทศที่มีอยู่เดิม อาจไม่ครอบคลุม ไม่เฉพาะเจาะจงกับสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ ลักษณะการให้บริการพยาบาลในชุมชน และไม่สามารถเป็นตัวแทนหรือสะท้อนคุณภาพบริการพยาบาลในระดับชาติได้ในปัจจุบัน ในฐานะคณะผู้ศึกษาปฏิบัติงานที่กองการพยาบาล มีหน้าที่กำหนดนโยบายและมาตรฐานการพยาบาลระดับชาติ จำเป็นการทบทวนและปรับปรุงตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน เพื่อให้ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชนสอดคล้องกับบริบทปัจจุบัน บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดการกำหนดตัวชี้วัด วิวัฒนาการและความสำคัญของตัวชี้วัด ขั้นตอนการการพัฒนาตัวชี้วัด นำเสนอตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน กระทรวงสาธารณสุข ความสัมพันธ์ระหว่างตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน กระทรวงสาธารณสุข กับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข และการนำตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชนสู่การปฏิบัติ เพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในชุมชน สะท้อนความสำเร็จและสถานะคุณภาพการพยาบาลในชุมชนระดับประเทศ รวมถึงช่วยกำหนดทิศทางและแนวโน้มคุณภาพบริการพยาบาล ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการกำหนดนโยบายแผนยุทธศาสตร์

ระดับประเทศ และใช้เปรียบเทียบคุณภาพบริการกับ นานาประเทศ (benchmarking)³

แนวคิดการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการ พยาบาลในชุมชน กระทรวงสาธารณสุขเป็นนำ แนวคิด การประกันคุณภาพ (Quality Assurance) ซึ่งเป็นกระบวนการสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการว่าจะ ได้รับบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานมีคุณภาพ โดยมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมตั้งแต่การ ออกแบบระบบงาน การกำหนดมาตรฐาน การควบคุม และกำกับกระบวนการทำงานในทุกขั้นตอน สะท้อน ผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับข้อกำหนดขององค์กรและ ตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ' มาบูรณาการ ร่วมกับแนวคิด "Donabedian's Framework" ที่มอง ว่าความสัมพันธ์ของตัวชี้วัดคุณภาพทุกมิติเชื่อมโยงกัน อย่างเป็นระบบ ครอบคลุมปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนการ จัดบริการ กระบวนการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งแต่ละ มิติไม่สามารถแยกขาดจากกันได้⁴ ทำให้สามารถจำแนก ตัวชี้วัดคุณภาพ ออกเป็น 3 ด้าน คือ

1) ด้านโครงสร้าง (Structure) หมายถึง ตัวชี้วัดคุณภาพที่แสดงถึงความพร้อมของระบบการ จัดบริการ เช่น บุคลากรพยาบาล ทรัพยากร นโยบาย และการบริหารจัดการ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่เอื้อต่อ การดำเนินงาน หากโครงสร้างมีความเหมาะสม จะ สนับสนุนให้เกิดกระบวนการให้บริการที่มีคุณภาพและ เป็นไปตามมาตรฐาน^{5,6}

2) ด้านกระบวนการ (Process) หมายถึง วิธีการปฏิบัติงานและการให้บริการของบุคลากร พยาบาล ตั้งแต่การประเมิน วางแผน ดำเนินการ ประสานงาน และติดตามผลการดูแลที่เป็นไปตาม

กระบวนการที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับมาตรฐาน วิชาชีพ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการแปลงศักยภาพของ โครงสร้างสู่การปฏิบัติการ และทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ พึงประสงค์^{5,6}

3) ด้านผลลัพธ์ (Outcome) หมายถึง ผลที่ เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ชุมชน และระบบสุขภาพ เช่น ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ความปลอดภัย คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นตัวสะท้อน คุณค่าที่แท้จริง ของการให้บริการ และเป็นเป้าหมาย สูงสุดของการพัฒนาคุณภาพ^{5,6}

ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชนที่ ครอบคลุมด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ จะ ช่วยวางแผนการติดตามและบริหารจัดการระบบ บริการมีความครบถ้วนเป็นระบบ และเชื่อมโยงกัน กล่าวคือ โครงสร้างที่ดีสะท้อนความพร้อมของระบบ บริการ กระบวนการที่มีคุณภาพแสดงถึง การปฏิบัติ งานตามมาตรฐาน และผลลัพธ์สะท้อนคุณค่าที่เกิด ขึ้นกับผู้รับบริการ

ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน มี วิวัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับบริบท การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพและบทบาทการ พยาบาลในชุมชนตามยุคสมัย โดยสามารถแบ่ง ออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเริ่มต้น ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2525-2544 ได้ริเริ่มพัฒนามาตรฐานการพยาบาล และตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน มุ่งเน้น วัดผลการดำเนินที่เป็นไปตามกระบวนการพยาบาล และการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลในชุมชน ครอบคลุมมิติการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ของบุคคล

ครอบครัว และชุมชน เพื่อใช้เป็นแนวทางตรวจสอบ
ควบคุมคุณภาพการพยาบาล (Nursing audit) และ
นำผลมาพัฒนาปรับปรุงมาตรฐานการพยาบาล
ในชุมชน 2) ระยะปฏิบัติการประเมินผล ในปี พ.ศ.
2544-2547 เปลี่ยนการประเมินผลจากเดิมที่มุ่งเน้น
การประเมินกระบวนการ (Process oriented) ไปเป็น
การประเมินผลลัพธ์ และเริ่มบูรณาการแนวคิดระบบสุขภาพ
แนวคิดการจัดการผลลัพธ์ (Outcome management)
ระบบการประกันคุณภาพการพยาบาลในชุมชน และ
แนวคิดเชิงระบบมาเป็นกรอบกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพ
การพยาบาลในชุมชน ครอบคลุมปัจจัยนำเข้า (Input)
กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Output)
จำนวน 11 ตัวชี้วัด คือ (1) อัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพ
ต่อบุคลากรสุขภาพอื่น (2) อัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพ
ต่อประชากร (3) ความพึงพอใจในงานของพยาบาล
วิชาชีพ (4) ชั่วโมงการเยี่ยมบ้าน (5) ความครอบคลุม
ของการประเมินภาวะสุขภาพของประชาชน (6) ภาวะ
สุขภาพครอบครัวในชุมชน (7) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
เรื้อรัง (8) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในชุมชน (9)
การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่บ้าน (10) การลดปัจจัย
เสี่ยงในชุมชน และ (11) การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย
ที่บ้าน⁷ เพื่อเป็นเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ของ
การบริการพยาบาลในภาพรวมของประเทศที่ส่งมอบ
ให้กับประชาชน และ 3) ระยะปรับปรุงและพัฒนา
มาตรฐาน ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน
ปี พ.ศ. 2559- ปัจจุบัน ให้สอดคล้องกับกฎหมาย
ข้อบังคับ มาตรฐานการบริการพยาบาลและผดุงครรภ์
ในระดับปฐมภูมิ การพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม
เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)

และการยกระดับระบบประกันคุณภาพการพยาบาล
ในชุมชน⁸

ความสำคัญของตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล
ในชุมชน คือ เป็นเครื่องมือในการบริหารคุณภาพ
ติดตามและประเมินคุณภาพบริการพยาบาลในชุมชน
ผลลัพธ์การดูแล และความปลอดภัยของผู้ป่วยที่บ่ง
บอกถึงความสำเร็จของหน่วยงาน โดยข้อมูลจาก
ตัวชี้วัดจะช่วยชี้ทิศทางและแนวโน้มของคุณภาพ
บริการ สนับสนุนการพัฒนาประสิทธิภาพการ
ให้บริการพยาบาล ตลอดจนเป็นฐานข้อมูลสำคัญใน
การคาดการณ์สถานะสุขภาพของระบบสุขภาพใน
ภาพรวมประเทศ โดยเฉพาะระบบสุขภาพปฐมภูมิ
และใช้กำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ของ
ประเทศ รวมถึงเปรียบเทียบการจัดบริการสุขภาพ
ภายในประเทศ (Benchmark) และนานาชาติ
(Ranking of Countries)³

จะเห็นได้ว่าตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลใน
ชุมชน มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามบริบทระบบ
สุขภาพและบทบาทพยาบาล ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นที่มุ่ง
ประเมินกระบวนการและการปฏิบัติตามมาตรฐาน
ระยะต่อมาเน้นการประเมินผลลัพธ์และบูรณาการ
แนวคิดเชิงระบบ และปัจจุบันพัฒนาตัวชี้วัดให้
สอดคล้องกับกฎหมาย มาตรฐาน และระบบประกัน
คุณภาพ ตัวชี้วัดดังกล่าวเป็นเครื่องมือสำคัญในการ
บริหารคุณภาพ ติดตามผลลัพธ์ และประสิทธิภาพ
การบริการพยาบาลในชุมชน สนับสนุนการกำหนด
นโยบายและแผนยุทธศาสตร์สุขภาพระดับประเทศ
รวมถึงใช้เปรียบเทียบคุณภาพระบบสุขภาพทั้งในและ
ประเทศอื่นๆทั่วโลก

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนและกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แนวคิด “Donabedian's Framework” ครอบคลุมด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์

ขั้นตอนการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน กระทรวงสาธารณสุข

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะหน่วยงานภาครัฐที่มีพันธกิจกำหนดนโยบายและมาตรฐานการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องทบทวนและปรับปรุงพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน กระทรวงสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับบริบทปัจจุบันตามนโยบายสุขภาพที่เน้นยกระดับคุณภาพระบบสุขภาพปฐมภูมิ และยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579) โดยมีกระบวนการพัฒนา 5 ขั้นตอน คือ 1) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 15 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านกำลังคนทางการพยาบาล นักวิชาการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลในชุมชนจากโรงพยาบาลทุกระดับ ในกระทรวงสาธารณสุข 2) ทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชนทั้งในประเทศและต่างประเทศที่สอดคล้องกับลักษณะบริการพยาบาลในชุมชน เช่น การรักษาพยาบาลในสถานบริการแบบไม่พักค้าง (Ambulatory care) การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) การดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long term care) การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative care) รวมถึงการนำเทคโนโลยีมาใช้จัดบริการพยาบาลในชุมชน (Tele-nursing) เป็นต้น

ดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิดการประกันคุณภาพบริการ “Donabedian's Framework” ครอบคลุมตัวชี้วัดคุณภาพด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ 3) คัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน มุ่งเน้นตัวชี้วัดคุณภาพที่สะท้อนถึงการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนเป็นสำคัญ ผ่านการประชุมทบทวน พิจารณา คัดเลือก 4) ยกร่างและประชาพิจารณ์ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน โดยคณะกรรมการฯ ร่วมกับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในชุมชน มีเป้าหมายเพื่อปรับปรุง เช่น นิยาม สูตรคำนวณ เป็นต้น และ 5) กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชนที่แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ของการบริการพยาบาลในชุมชนภาพรวมของประเทศ

ดังนั้น การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชนที่ศึกษานี้ จึงเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทางการพยาบาลทุกระดับ โดยบูรณาการแนวคิดการประกันคุณภาพบริการสุขภาพในการกำหนดตัวชี้วัดที่ครอบคลุมด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ พร้อมทั้งมีการทบทวนและพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับบริบทระบบสุขภาพและความต้องการของประชาชน เพื่อสะท้อนผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาลในภาพรวมของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน กระทรวงสาธารณสุข

จากการทบทวนและพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน กระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน กระทรวงสาธารณสุข พิจารณากลับกรองและกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพที่สอดคล้องบริบทและลักษณะการจัดบริการพยาบาลในชุมชนปัจจุบัน ครอบคลุมมิติทั้งด้านโครงสร้าง (2 ตัวชี้วัด) ด้านกระบวนการ (5 ตัวชี้วัด) และ ด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาล (9 ตัวชี้วัด) รวม 16 ตัวชี้วัด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน กระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามรายด้านตัวชี้วัด

ด้าน	ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน	นิยาม
โครงสร้าง (Structure)	1) สัดส่วนพยาบาลชุมชนต่อประชากร	พยาบาลชุมชน: พยาบาลวิชาชีพของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ปฏิบัติงานการพยาบาลในชุมชนเต็มเวลา ประชากร: ประชากรในเขตรับผิดชอบที่อาศัยจริงอยู่ในพื้นที่ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป อยู่ในประเภทฐานประชากร type 1 และ type 3
	2) สัดส่วนพยาบาลชุมชนทั่วไปและพยาบาลเฉพาะทาง	พยาบาลชุมชนทั่วไป: พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการพยาบาลในชุมชนและยังไม่ได้ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางไม่น้อยกว่า 16 สัปดาห์ พยาบาลเฉพาะทาง: พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการพยาบาลในชุมชนและผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางไม่น้อยกว่า 16 สัปดาห์
กระบวนการ (Process)	3) ชั่วโมงการเยี่ยมบ้าน	ชั่วโมงการเยี่ยมบ้าน: ชั่วโมงการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) หรือการปฏิบัติการพยาบาลผ่านการจัดบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) สำหรับผู้ป่วยหรือประชาชนในเขตรับผิดชอบ
	4) อัตราการเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายด้วยระบบบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) ตามแผน	การเยี่ยมบ้านด้วยระบบบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing): เป็นการให้คำปรึกษา แนะนำ ติดตาม เยี่ยมบ้าน แก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยนาระบบ/อุปกรณ์ดิจิทัล เช่น ใช้วิดีโอและเสียงจากสมาร์ทโฟน แท็บเล็ต มาใช้จัดบริการให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด
	5) อัตราการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนกลุ่มเสี่ยง	การเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า: เฝ้าระวัง ติดตาม ดูแลต่อเนื่องในประชาชนที่มีผลการประเมินภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป
	6) อัตราความครอบคลุมของการประเมินและติดตามอาการปวดกลุ่มผู้ป่วยระดับประคอง	การประเมินและติดตามอาการปวด: การบันทึกการประเมินความปวด จากการพูดคุยกับผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือมาตรฐานในการเยี่ยมแต่ละครั้ง และบันทึกอาการปวด วางแผนติดตามเยี่ยมบ้าน หรือการสื่อสารผ่านช่องทางอื่นๆ เพื่อประเมินระดับอาการปวดและความสามารถในการจัดการอาการปวด ตามแผนการเยี่ยมบ้าน
	7) อัตราผู้ที่มีการประเมินภาวะกลืนปัสสาวะ/อุจจาระไม่อยู่ได้รับการฝึกการขับถ่าย	การฝึกการขับถ่าย: การประเมินภาวะกลืนปัสสาวะ/อุจจาระ เมื่อพบความผิดปกติ นำข้อมูลมาวางแผนการพยาบาลฝึกการควบคุมการขับถ่ายหรือเข้ารับโปรแกรมการฝึกควบคุมการขับถ่าย

ตารางที่ 1 แสดงตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน กระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามรายด้านตัวชี้วัด (ต่อ)

ด้าน	ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน	นิยาม
ผลลัพธ์ (Outcome)	8) อัตราการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่บ้าน	การพลัดตกหกล้ม: การลื่นล้ม หรือการพลัดตกของผู้ป่วยที่บ้าน ที่เป็นเหตุให้เกิดการบาดเจ็บ เช่น การฟกช้ำ การเกิดแผลที่ผิวหนัง หรือการบาดเจ็บอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา
	9) อัตราการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่บ้าน	การเกิดแผลกดทับ: การที่ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ ระดับ 2 – 4 ทั้งที่เกิดขึ้นใหม่และ/หรือแผลกดทับเดิมเปลี่ยนแปลงระดับเลเวลในระหว่างพักรักษาอยู่ที่บ้าน การวินิจฉัยระดับของแผลกดทับเป็นไปตามเกณฑ์จำแนกความรุนแรงของ แผลกดทับ 4 ระดับ
	10) อัตราการเกิดภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยที่บ้าน	ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ: การวินิจฉัยของแพทย์ว่ามีการติดเชื้อแบคทีเรียในทางเดินปัสสาวะส่วนบนและส่วนล่าง จากการเข้ารับบริการตรวจรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก ห้องฉุกเฉิน หรือกรณีแพทย์ปฐมภูมิไปประเมินผู้ป่วยที่บ้าน
	11) อัตราการเกิดอาการทางจิตและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่บ้าน	อาการทางจิตและพฤติกรรม: อาการทางจิตที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม เช่น การเดินวนไปวนมา ค่ำทอ ทำร้ายร่างกาย พฤติกรรม หลีกหนีสังคม/กวนวาย พฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศหรือถอดเสื้อผ้าในที่สาธารณะ ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันในระหว่างรักษาอยู่ที่บ้าน
	12) อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง	ความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง: ความสามารถของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการจัดการภาวะเจ็บป่วยและการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และเพิ่มคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง ร่วมกับครอบครัว โดยพยาบาลเป็นผู้ส่งเสริมและสนับสนุน ให้บุคคลสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเป้าหมายที่กำหนด
	13) อัตราคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง	คุณภาพชีวิต: การรับรู้ของผู้ป่วยเรื้อรังถึงสภาวะของตนในด้านร่างกาย จิตใจ ระดับความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาอุปกรณ์และผู้อื่น ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อมและความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายชีวิต
	14) อัตราภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	ภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล: ความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เกี่ยวกับภาวะที่ผู้ให้การดูแลเริ่มมีความรู้สึกว่าการให้การดูแล ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของตนเอง เกิดความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 1 แสดงตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน กระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามรายด้านตัวชี้วัด (ต่อ)

ด้าน	ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน	นิยาม
	15) อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการพยาบาลในชุมชน	ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการพยาบาลในชุมชน: ความคิดเห็นของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการต่อการบริการพยาบาลที่ได้รับ ประกอบด้วย 1) ภาพรวม 2) การได้รับข้อมูลและการให้ความรู้ 3) ความเอาใจใส่ช่วยเหลือของพยาบาล 4) ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวก 5) โอกาสและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล และ 6) ความเคารพในสิทธิของผู้ใช้บริการ
	16) อัตราความพึงพอใจในงานของพยาบาลชุมชน	ความพึงพอใจในงาน: ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับความพึงพอใจในการทำงาน

จะเห็นว่าตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน กระทรวงสาธารณสุขที่นำเสนอให้ความสำคัญกับตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลมากกว่าด้านโครงสร้างและด้านกระบวนการ เนื่องจากลักษณะการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินงานร่วมกันของสหวิชาชีพ⁹ ทำให้ต้องมุ่งหาผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นจากให้บริการพยาบาลวิชาชีพ เพื่อพัฒนาการจักระบบบริการพยาบาลในชุมชน โดยผลลัพธ์ดังกล่าว สะท้อนถึงการสนับสนุนด้านโครงสร้างและกระบวนการให้บริการพยาบาลอย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง ยังคงตัวชี้วัดคุณภาพอัตรากำลังทางการพยาบาลในชุมชนไว้เนื่องจากความขาดแคลนพยาบาลที่ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ และความแตกต่างที่ต่างกันของกลุ่มผู้รับบริการพยาบาลในชุมชน ทำให้พยาบาลชุมชนต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง¹⁰ ตัวชี้วัดด้าน

กระบวนการ มุ่งเน้นการดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ส่งเสริมศักยภาพการจักระบบบริการพยาบาลในชุมชนให้ตอบสนองสุขภาพประชาชน²

อภิปรายและข้อเสนอแนะ

1. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน กระทรวงสาธารณสุข กับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข

การกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชนต้องเชื่อมโยงกับเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ตามนโยบายระบบสุขภาพของประเทศ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการกำกับ ติดตาม และประเมินผลลัพธ์การจักระบบสุขภาพในภาพรวม สอดคล้องกับเป้าหมายระบบสุขภาพของประเทศ และสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ยุทธศาสตร์ชาติ กระทรวงสาธารณสุข กับตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน กระทรวงสาธารณสุข
1. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (PP & P Excellence)	- อัตราการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนกลุ่มเสี่ยง - อัตราการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่บ้าน - อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง
2. บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	- อัตราการเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายด้วยระบบบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) ตามแผน - อัตราความครอบคลุมของการประเมินและติดตามอาการปวดกลุ่มผู้ป่วยประคับประคอง - อัตราการเกิดอาการทางจิตและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่บ้าน - อัตราผู้ที่มีภาวะกลืนปัสสาวะ/อุจจาระไม่อยู่ได้รับการฝึกการขับถ่าย - อัตราการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่บ้าน - อัตราการเกิดภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยที่บ้าน - อัตราคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง - อัตราภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน - อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการพยาบาลในชุมชน
3. บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)	- สัดส่วนพยาบาลชุมชนต่อประชากร - สัดส่วนพยาบาลชุมชนทั่วไปและพยาบาลเฉพาะทาง - อัตราความพึงพอใจในงานของพยาบาลชุมชน
4. บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	- ชั่วโง่งการเยี่ยมบ้าน

เมื่อพิจารณาความเชื่อมโยงระหว่างยุทธศาสตร์ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขกับตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน พบว่าตัวชี้วัดดังกล่าวมีศักยภาพในการสะท้อนความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพของประเทศ เนื่องจากครอบคลุมทุกมิติของยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ สอดคล้องกับนโยบายประเทศที่มุ่งยกระดับศักยภาพระบบสุขภาพปฐมภูมิและการพยาบาลในชุมชน ให้สามารถ

รองรับความหลากหลายของกลุ่มผู้รับบริการและความต้องการการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอยของหน่วยบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ เพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล รวมถึงลดต้นทุนการดูแลสุขภาพของประเทศ²

2. การนำตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชนสู่การปฏิบัติ

การนำตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชนสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เป็นกลไกสำคัญในการ

ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลให้เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ โดยเสนอแนวทางการดำเนินการไว้ ดังนี้

1) การจัดตั้งกลไกการกำกับดูแล: องค์การพยาบาลจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ทำหน้าที่กำกับ ทบทวน ชี้แจง ตรวจสอบ วิเคราะห์ และติดตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างเป็นระบบ

2) การสื่อสารและสร้างความเข้าใจร่วมกัน: จัดประชุมชี้แจงผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัด เช่น นิยาม สูตรการคำนวณ เกณฑ์เป้าหมาย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

3) การตรวจสอบและประกันคุณภาพข้อมูล: ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และความน่าเชื่อถือของข้อมูลตัวชี้วัด เพื่อสร้างความมั่นใจของการใช้ข้อมูลว่าข้อมูลที่น่ามาใช้สะท้อนคุณภาพการพยาบาลในชุมชนได้อย่างแท้จริง

4) การบันทึกและรายงานผลการดำเนินงาน: จัดทำระบบบันทึกและรายงานผลการดำเนินการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

5) การวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อการพัฒนา: วิเคราะห์ผลการดำเนินงานเพื่อระบุปัญหา จุดแข็ง และโอกาสในการพัฒนา พร้อมทั้งเปรียบเทียบผลการดำเนินงานของหน่วยบริการหรือองค์การพยาบาลกับภาพรวมระดับประเทศ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและยกระดับคุณภาพการพยาบาลในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

6) การรายงานภาพรวมประเทศ: กระทรวงสาธารณสุข โดยกองการพยาบาล ทำหน้าที่รวบรวม

ตรวจสอบ วิเคราะห์ผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ เพื่อสะท้อนทิศทางการดำเนินการ และกำหนดนโยบายและทิศทางการยกระดับการจัดบริการพยาบาลในชุมชนของประเทศ

บทสรุป

การศึกษานี้มุ่งทบทวนและพัฒนาปรับปรุงตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน กระทรวงสาธารณสุข เป็นการทบทวนเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในชุมชน ภายใต้กรอบแนวคิดการประกันคุณภาพบริการ นำเสนอตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในชุมชน รวม 16 ตัวชี้วัดครอบคลุมมิติโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ และแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของตัวชี้วัดคุณภาพที่กำหนดกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุมยุทธศาสตร์ที่กำหนด ซึ่งจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการกำกับติดตาม บริหารคุณภาพการให้บริการพยาบาลในภาพรวมของประเทศ สะท้อนสถานะนโยบายระบบสุขภาพของประเทศ และเปรียบเทียบคุณภาพระบบสุขภาพในระดับสากล เพื่อกำหนดทิศทางการบริการพยาบาลในชุมชนในอนาคต นอกจากนี้ยังได้เสนอแนวทางการนำตัวชี้วัดคุณภาพสู่การปฏิบัติ เพื่อให้ผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง นำไปใช้วางแผนทางออกแบบระบบการบริหารจัดการตัวชี้วัดอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดบางประการ เช่น การเข้าถึงฐานข้อมูล ขอบเขตของผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาตัวชี้วัด จึงควรศึกษาความเป็นไปได้ของการเก็บตัวชี้วัด และการนำไปใช้กับหน่วยงานที่อยู่นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

Reference

1. Nursing Division. Quality assurance in nursing: evaluation of community nursing quality. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary; 2022. Thai.
2. Ministry of Public Health. Twenty-year national strategic plan for public health (2017–2036). Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2018. Thai.
3. Nakrem S, Vinsnes AG, Harkless GE, Paulsen B, Seim A. Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: international review of literature, policy and practice. *Int J Nurs Stud*. 2009; 46(6): 848-57.
4. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988; 260(12): 1743-8.
5. Siaki LA, Patrician PA, Loan LA, et al. Ambulatory care nurse-sensitive indicators: A scoping review of the literature 2006-2021. *J Nurs Care Qual*. 2023; 38(1): 76-81.
6. Brum BN, Nora CRD, Ramos AR, Foppa L, Riquinho DL. Quality of outpatient nursing care: A scoping review. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2025; 31: 33:e4524.
7. Nursing Division. Community nursing-sensitive indicator. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary; 2004. Thai.
8. Nursing Division. Community nursing standards. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary; 2016. Thai.
9. Alley, R., Carreira, E., Wilson, C., & Pickard, K. Using nurse-sensitive indicators to assess the Impact of primary care RNs on quality ambulatory patient care. *Nursing Economic\$*, 2021; 39(4): 200-207.
10. McCullough K, Baker M, Bloxsome D, et al. Clinical deterioration as a nurse sensitive indicator in the out-of-hospital context: A scoping review. *J Clin Nurs*. 2024; 33(3): 874-889.



วารสารกองการพยาบาล

กองบรรณาธิการวารสารกองการพยาบาล

อาคาร 4 ชั้น 4 ตึกกรมการแพทย์ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2590-6264, 0-2590-6291 โทรสาร 0-2590-6295, 0-2591-8268

Website <http://www.nursing.go.th>